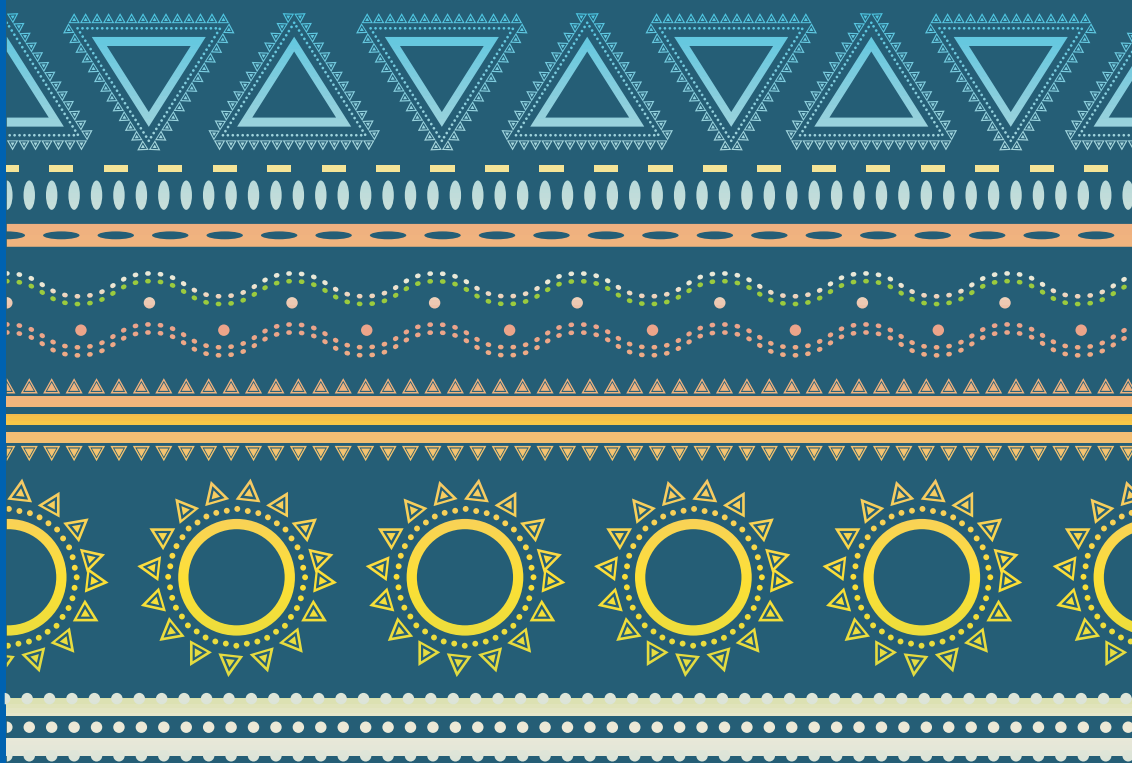


Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa

Suzana Cavenaghi
Wanda Cabella
organizadoras



Serie e-Investigaciones n.3

Comportamiento reproductivo y fecundidad
en América Latina:
una agenda inconclusa

Comportamento reprodutivo e fecundidade
na América Latina:
uma agenda inconclusa

Reproductive behavior in Latin America:
an unfinished agenda

Suzana Cavenaghi
Wanda Cabella
Organizadoras

ALAP
1ª edición
Río de Janeiro/Brasil 2014

Serie e-Investigaciones n. 3 / ALAP

Las opiniones expresadas en los artículos aquí publicados son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan aquellas de las instituciones involucradas en la publicación.

The opinions expressed in the papers published here are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect those of the institutions involved in the publication.

As opiniões expressas nos artigos aqui publicados são de responsabilidade exclusiva de seus autores e não refletem necessariamente as das instituições envolvidas na publicação.

C737

Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa =
Comportamento reprodutivo e fecundidade na América Latina: uma agenda inconclusa = Reproductive
behavior in Latin America: an unfinished agenda / Organización: Suzana Cavenaghi, Wanda Cabella. Río de
Janeiro: ALAP, 2014.

234 p. (Serie e-Investigaciones; 3).

ISBN: 978-85-62016-20-2

Inclui referências

1. Fecundidade - América Latina. 2. Comportamento Reprodutivo - América Latina. 3. Dinâmica
Demográfica - América Latina. 4. População - América Latina. I. Cavenaghi, Suzana (org.). II. Cabella,
Wanda (org.). III. ALAP.

CDU: 314.3(8=6)





La Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) es una organización científica que aglutina a investigadores, estudiantes y otros profesionales de veintinueve países de América Latina y el Caribe interesados en los estudios de población.

ALAP es un foro privilegiado para la consolidación y difusión del conocimiento demográfico y un espacio abierto a la discusión y debate de las distintas perspectivas analíticas y posiciones regionales y nacionales sobre las temáticas actuales en materia de población.

Objetivos

Propiciar, organizar y conducir diferentes tipos de encuentros interdisciplinarios como congresos, reuniones académicas, foros y seminarios regionales y subregionales.

Publicar los resultados de estudios, investigaciones y eventos realizados institucionalmente o por sus asociados en acuerdo con los propósitos de la ALAP.

Contribuir al intercambio de información, la elaboración y difusión de conocimiento y el enriquecimiento metodológico sobre la demográfica latinoamericana entre los científicos sociales de la región, los centros e instituciones académicas y de investigación, los organismos no gubernamentales y los gobiernos.

Contribuir a que los hallazgos de la investigación sociodemográfica sean utilizados en la definición de políticas de desarrollo y en la enseñanza de las ciencias sociales.

Publicaciones de ALAP

ALAP cuenta con cuatro tipos de publicaciones regulares, todas disponibles en línea <www.alapop.org>.

1. La *Revista Latinoamericana de Población* (RELAP).
2. La colección de libros *Serie Investigaciones*.
3. La colección de libros electrónicos *e-Investigaciones*.
4. Los anales de los Congresos de ALAP.

Las líneas editoriales de ALAP son definidas por el Comité de Publicaciones en conjunto con el Consejo de Dirección, que trabajan en el sentido de ampliar las formas de divulgación de los resultados de investigación y textos dirigidos a la enseñanza.

Primera edición, 2014, Río de Janeiro, Brasil
©2014. Asociación Latinoamericana de Población
ISBN 978-85-62016-20-2

ALAP gestión 2013-2014

Consejo de Dirección

Presidenta	Laura Rodríguez Wong (Brasil/Perú)
Vice-presidente	Rogelio Fernández (Argentina)
Secretaría General	Alejandra Silva (Chile)
Tesorero	José Eustáquio Diniz Alves (Brasil)
Vocales	Carlos Echarri (México), Arodys Robles (Costa Rica), Carmen Elisa Flórez (Colombia)
Suplentes	Carmen Varela (Uruguay), Dina Li (Perú), Leandro González (Argentina)
Comité de Publicaciones	Jorge Rodríguez Vignoli (Chile), Marcela Cerrutti (Argentina), Brígida García (México), Fernando Lozano Ascencio (México)
Comité Científico/ Evaluadores	Laura Rodríguez Wong (Brasil/Perú), José Eustáquio Diniz Alves (Brasil), Raquel Drovetta (Argentina), Ana Paula Verona (Brasil), Rebeca de Souza e Silva (Brasil), Graciela Freyermuth Enciso (México)
Secretaría Administrativa	Rua André Cavalcanti, 106, sala 502, Bairro de Fátima Río de Janeiro. RJ. Brasil. CEP 20231-050 Tél./Fax: +55-21-2242 2077 http://www.alapop.org
Diseño de carátula y diagramación	<i>Traço Publicações e Design</i> Fabiana Grassano y Flávia Fábio
Ilustración de tapa	Shutterstock – Copyright: Vodoleyka
Revisión de textos en portugués (de acuerdo con las normas de la ABNT)	Vania Regina Fontanesi (Brasil)
Revisión de textos en español (de acuerdo con las normas de ALAP)	Fernanda Stang (Argentina/Chile)

CONTENIDO

- 7 **Presentación** Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina
Wanda Cabella y Suzana Cavenaghi
- 13 **Capítulo 1** Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina
y el Caribe, 1990-2015
Wanda Cabella e Ignacio Pardo
- 33 **Capítulo 2** Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización
Jorge Rodríguez Vignoli
- 67 **Capítulo 3** Perfil socioeconómico e demográfico da fecundidade no Brasil
de 2000 a 2010
Suzana Cavenaghi y Elza S. Berquó
- 91 **Capítulo 4** El conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela
Carlos Javier Echarri Cánovas
- 109 **Capítulo 5** El acceso a los derechos reproductivos en Perú: anticoncepción
y aborto, un debate en espera
Susana Chávez Alvarado
- 121 **Capítulo 6** Aborto legal en Uruguay: el largo proceso para garantizar el acceso
a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres
Alejandra López Gómez
- 145 **Capítulo 7** “Foi nascendo a vontade”: análise dos desejos de fecundidade
de casais e suas influências mútuas
*Angelita Alves de Carvalho, Laura L. R. Wong
y Paula Miranda-Ribeiro*
- 167 **Capítulo 8** Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia
en Argentina
Georgina Binstock y Mónica Gogna
- 185 **Capítulo 9** Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral
de resistencia al descenso?
Carmen Varela Petito, Mariana Tenenbaum y Cecilia Lara
- 207 **Capítulo 10** Iniciación sexual, unión en pareja y nacimiento del primer hijo
de los jóvenes en Chiapas, 2010
Maria de Jesús Ávila Sánchez y José Alfredo Jáuregui Díaz
- 231 **Sobre los autores y autoras**

Presentación:

Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina

La revisión de los logros y materias pendientes a 20 años de acordado el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, y los debates en torno a la evaluación y redefinición de los objetivos de desarrollo a 15 años de su formulación primigenia, han sido temas muy presentes en las actividades de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) en los últimos años. Por este motivo, la convocatoria para la presentación de trabajos y la organización de los debates llevados a cabo durante su VI Congreso¹, realizado en Lima, Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014, giraron en torno a estos tópicos. Un tema de gran relevancia entre los varios contemplados en la agenda de la CIPD, y que a su vez es parte de la agenda de interés permanente de la ALAP, es el de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. La presencia significativa de este asunto quedó reflejada en la organización de sesiones temáticas, mesas redondas y plenarios en torno a este tópico en el Congreso.

Este libro reúne precisamente una selección de artículos presentados en el VI Congreso de la ALAP referidos a diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, selección que no es exhaustiva ni en relación a los temas tratados ni en el alcance regional de los trabajos. Sin embargo, aborda aristas muy importantes de este campo temático, que 20 años después de acordado el Programa de Acción de la CIPD entre los países presentes en aquella Conferencia aún representan desafíos pendientes en la región, como el prometido acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos asociados a ella. Debido principalmente a las inequidades sociales y económicas que persisten en la región, sus instituciones débiles, la implementación inadecuada de sus leyes y el retraso en el avance de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, la transición de la fecundidad en América Latina y el Caribe ha ocurrido de manera diferente al proceso experimentado por los países desarrollados. En varios países de la región la fecundidad llegó a niveles que se ubican por debajo del de reemplazo, pero con diferenciales internos muy importantes, tanto regionales como sociales; la estructura etaria de la fecundidad es todavía muy joven, aun en los países con bajos niveles de este indicador; el acceso a la contracepción es alto en la mayoría de los países, pero la fecundidad no deseada, o no planeada para el momento, sigue registrando valores muy elevados; la práctica del aborto inseguro es un problema de

¹ Tanto la programación del VI Congreso de la ALAP como los trabajos presentados están disponibles en el sitio web <<http://www.alapop.org>>, bajo los enlaces “Eventos” y “VI Congreso-2014”.

salud pública reconocido, frente a leyes restrictivas y a la baja efectividad (o falla) contraceptiva, tanto debido a la dificultad de acceso como a cuestiones ligadas a la desigualdad de género.

De esta forma, dos décadas después de celebrada la CIPD, tanto los estudiosos de estos temas como los integrantes de la sociedad civil organizada se movilizaron para que los desafíos que enfrenta la región, tanto en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos como en otros temas que ya estaban presentes en la agenda de 1994 y en nuevos asuntos que se intensificaron en estos 20 años, estuvieran presentes en la revisión regional de la Conferencia, que se efectuó en 2013. El resultado de la primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo (CRPD) de América Latina y el Caribe, espacio en el que precisamente se realizó esta revisión, debe servir de guía para nuestras investigaciones y para las acciones de abogacía que se emprendan en los próximos años, principalmente después de las señales de retroceso mostradas en otras partes del mundo. Los textos reunidos en este libro dan cuenta de una pequeña parte de los desafíos que deben ser resueltos, y además presentan ejemplos del difícil camino que se debe recorrer para implementar la agenda de derechos acordada hace dos décadas en El Cairo.

Los primeros capítulos (1 al 3) se concentran en el análisis de la evolución de la fecundidad en América Latina y el Caribe, haciendo hincapié en los cambios ocurridos en su intensidad y estructura en los últimos años. La caída de la fecundidad hacia niveles cercanos al de reemplazo, la persistencia de niveles altos de fecundidad adolescente y la desigualdad social en los comportamientos reproductivos son abordadas en estos capítulos iniciales con distintos niveles de profundidad. El uso intensivo de los datos censales de la ronda de 2010 y su comparación con los censos anteriores es también un factor común a estos artículos.

Un segundo grupo de trabajos, integrado por los capítulos 4 al 7, aborda directamente los aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva, los derechos y las decisiones reproductivas. Tres de ellos incursionan en las circunstancias y los progresos nacionales realizados (o su ausencia) para cumplir con los compromisos de la agenda de El Cairo. Las discusiones que condujeron a la despenalización del aborto en Uruguay, los vaivenes de la normativa y los programas de salud sexual y reproductiva en Perú y el conocimiento del uso efectivo de métodos anticonceptivos en Venezuela constituyen el foco de estos trabajos, cuyo principal hilván es la preocupación por la observancia de los derechos reproductivos y la igualdad de oportunidades para hacerlos efectivos en todos los sectores sociales. El capítulo 7, en tanto, se concentra en un tema novedoso: la construcción de las decisiones reproductivas entre las parejas con gran capacidad de controlar su proceso de procreación.

El tercer grupo de trabajos está dedicado al estudio de la fecundidad adolescente, el inicio de la sexualidad y la transición hacia el primer nacimiento entre los adolescentes y jóvenes. Al panorama de la fecundidad adolescente en América Latina trazado en el capítulo 2 se suman estudios a escala de países (Uruguay y Argentina) y de unidades administrativas menores (Chiapas). De manera lateral en otros capítulos,

y de forma frontal en este bloque, la fecundidad de este grupo etario se presenta como una de las principales asignaturas pendientes de los derechos y la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe.

En lo que sigue se presenta una brevísima reseña de cada trabajo, con el objetivo de guiar a los lectores sobre los contenidos de cada capítulo.

Wanda Cabella e Ignacio Pardo abren el libro presentando una descripción de las tendencias de la fecundidad regional en los últimos 25 años. En este período, la fecundidad latinoamericana y caribeña se acercó al nivel de reemplazo, manteniendo sus características singulares: en promedio las mujeres siguen teniendo hijos a edades tempranas, pero las brechas de los calendarios entre sectores sociales se ampliaron; en tanto, el ritmo de descenso de la fecundidad adolescente no acompañó la caída general de la fecundidad, por lo que el continente presenta tasas aún altas y superiores al promedio mundial.

El capítulo 2, elaborado por **Jorge Rodríguez Vignoli**, aborda de lleno y a partir de un vasto conjunto de indicadores, la evolución reciente de la fecundidad adolescente en América Latina. La profusión de temas que describe y discute, la variedad de fuentes que utiliza y la profundidad del análisis de la fecundidad y la maternidad adolescentes que elabora bastan para augurar que este trabajo será una referencia para entender los procesos asociados a la persistencia de altos niveles de fecundidad adolescente en la región. Más importante aún, las conclusiones de su trabajo son contundentes respecto de la necesidad de delimitar los nuevos contornos de la problemática de la fecundidad adolescente como el principal desafío de las políticas regionales de salud reproductiva. A título de ejemplo, el trabajo muestra que aumentó la proporción de embarazos e hijos no deseados entre las adolescentes de América Latina.

Suzana Cavenaghi y Elza S. Berquó analizan los patrones del descenso reciente de la fecundidad en Brasil, uno de los casos más paradigmáticos de la trayectoria latinoamericana. Aplicando métodos indirectos a los datos censales de 2000 y 2010, las autoras concluyen que fueron las mujeres pobres y con bajo nivel educativo formal las principales protagonistas del descenso registrado por este indicador en el período intercensal, que colocó a Brasil entre los cuatro países de la región que hoy tienen tasas globales por debajo del nivel de reemplazo. Sin embargo, las autoras demuestran que este resultado solo puede ser comprendido a cabalidad en el marco de las profundas transformaciones que experimentó la composición de la población en términos de nivel educativo y de ingreso medio per cápita de los hogares. Una vez tomados en cuenta estos factores, la ubicación de los cambios de los patrones de fecundidad en la estructura social presenta otros matices.

El capítulo de **Alejandra López Gómez** describe el camino histórico, marcado por intensas batallas legislativas, que concluyó en la aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay, en diciembre de 2012. A partir de la periodización que realiza la autora es posible observar el desarrollo de la articulación entre el movimiento feminista y un vasto conjunto de actores sociales, políticos y académicos, que constituyó la clave para el éxito de este proceso. El importante número

de médicos obstetras objetores de conciencia, la serie de instancias previas que establece la ley para efectuar el aborto y la ausencia de información para evaluar los resultados de su aplicación, señala López, son los principales problemas que enfrenta la implementación efectiva de la nueva normativa.

El trabajo de **Susana Chávez Alvarado** pone al descubierto las dificultades que se atraviesan en Perú para hacer efectivos los derechos reproductivos, en un contexto institucional marcado por los titubeos, las inconsistencias y las violaciones de los derechos reproductivos. Las esterilizaciones forzadas de la década de 1990, la penalización de las relaciones sexuales consentidas entre los jóvenes de 14 a 18 años, vigente entre 2006 y 2014, el bajo acceso al uso de anticonceptivos modernos, la negación por ley de la anticoncepción de emergencia a las adolescentes que sufrieron violaciones sexuales, son todos aspectos que la autora analiza con el fin de argumentar la existencia de una política coercitiva de anticoncepción y de negación de los derechos reproductivos en ese país.

El uso efectivo de los métodos anticonceptivos entre las mujeres venezolanas es el tema que aborda **Carlos Javier Echarri Cánovas** en su capítulo. La disponibilidad de una encuesta reciente sobre fecundidad y salud reproductiva en Venezuela (ENDEVE 2010), que incluyó distintas formas de preguntar sobre la información relativa a la anticoncepción, le permite profundizar en la brecha entre el conocimiento estándar y el conocimiento efectivo de los métodos. Sus resultados son contundentes respecto de la importancia de incluir un amplio juego de preguntas para evaluar justamente el conocimiento efectivo: mientras que el 95% de las venezolanas dijeron conocer la mayoría de los métodos, las cifras de las mujeres que realmente los conocen son significativamente menores, aun entre las usuarias habituales.

Mientras que en los capítulos anteriores de este bloque el eje de la discusión se centra en el acceso a los métodos anticonceptivos, en el trabajo de **Angelita Alves de Carvalho, Laura L. R. Wong y Paula Miranda-Ribeiro** se estudian las negociaciones de las parejas con alto nivel educativo respecto del momento oportuno para abandonar o retomar la anticoncepción. El principal interés de las autoras es entender la forma en que se influyen mutuamente los deseos y preferencias reproductivas de los miembros de la pareja y el modo en que el resultado está teñido por las relaciones de género. Si las desigualdades de género estuvieron presentes en todos los capítulos anteriores (y en los que siguen), en este ocupan un lugar prominente. A partir de un abordaje centrado en métodos combinados —por una parte se usan los datos de la encuesta brasilera de demografía y salud de 2006 (PNDS) y por la otra se realizan entrevistas en profundidad—, las autoras desbrozan los distintos mecanismos que intervienen entre el deseo de tener hijos (o la falta de él) y la concreción de las decisiones reproductivas.

En el capítulo 8, escrito por **Georgina Binstock y Mónica Gogna**, se estudian los primeros y segundos embarazos entre las adolescentes argentinas. El abordaje del tema de las adolescentes con trayectorias reproductivas que incluyen más de un hijo tiene ventajas evidentes para entender el comportamiento reproductivo de

las madres más jóvenes. Entre otros aspectos, permite evaluar en qué medida la primera experiencia afecta las condiciones que rodean la llegada del segundo hijo, conocer las diferencias entre los entornos familiares de los primeros y segundos embarazos, estudiar los eventuales aprendizajes en el uso de la anticoncepción y la capacidad de controlar los embarazos. Los resultados no son muy alentadores: la mayoría de los embarazos adolescentes no son planeados o deseados, independientemente de su orden.

En el trabajo de **Carmen Varela Petito**, **Mariana Tenenbaum** y **Cecilia Lara** se analiza la evolución de la maternidad adolescente en Uruguay a partir de los censos de 1996 y 2011 y de la Encuesta Nacional de Juventud de 2008. Mientras que los censos permiten a las autoras realizar un trabajo exhaustivo de descripción de las variables relacionadas con la probabilidad de ser madre durante la adolescencia (a nivel individual, del hogar y territorial), los datos de la encuesta alimentan el análisis de las variables intermedias (la edad de iniciación sexual, la anticoncepción y la situación conyugal). Sus resultados confirman que la maternidad temprana sigue siendo privativa de las mujeres pertenecientes a los sectores más desfavorecidos, y que el nivel educativo ocupa un rol preponderante en su incidencia.

El último capítulo de esta selección aborda el tema de las transiciones relacionadas con la formación de parejas y el inicio de la reproducción. Los autores, **María de Jesús Ávila Sánchez** y **José Alfredo Jáuregui Díaz**, utilizan datos de la Encuesta Nacional de Juventud de México (ENJ2010) y modelos de historia de eventos para analizar las probabilidades de las transiciones a la primera relación sexual, a la unión en pareja y al primer hijo de un grupo de jóvenes que viven en el área rural de Chiapas y que hablan una lengua indígena. O sea, un grupo con especificidades muy importantes respecto de los comportamientos de género y los aspectos culturales que enmarcan sus vidas, que se desarrollan en condiciones socioeconómicas muy adversas. Pero aunque se trate de un grupo con comportamientos distintos de los presentados en los trabajos anteriores, los resultados no divergen de manera significativa. De hecho, entre los jóvenes chiapanecos, si bien la primera relación sexual es un evento que suele acontecer en promedio más tarde que entre los jóvenes rurales no indígenas y los urbanos, la transición a la formación de la pareja y al primer hijo —que a veces ocurre antes de la formación de la pareja— es más temprana. Además, la escolarización presenta una fuerte asociación con el retraso de la formación de la pareja y el inicio de la reproducción.

Finalmente, es importante reconocer que esta publicación, y todo el trabajo que la sustenta, no sería posible sin la intensa labor realizada por las comisiones directivas de la ALAP y sus redes de investigación, que con su actividad incesante han permitido la discusión de estos temas. Además, todo este proceso y sus circunstancias tampoco habrían podido desarrollarse sin el compromiso del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que desde la formación de la asociación ha brindado apoyo financiero para todas las actividades realizadas en el marco de sus congresos, así como la posibilidad de publicar este trabajo.

También queremos agradecer a los autores por sus importantes aportes e invitar a todos a la lectura minuciosa de los capítulos, que brindan mucha información relevante y además generan nuevas preguntas para proseguir la investigación de estos temas y otros asuntos conexos. Este es justamente el impulso que no solo hace avanzar la ciencia, sino que también, y principalmente, provee datos relevantes para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas que en este caso pueden colaborar con el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que claman por “no dejar a nadie atrás” y por la posibilidad de que todas las personas vivan en su plena potencialidad y con dignidad. ¡Buena lectura!

Wanda Cabella
Suzana Cavenaghi

Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina y el Caribe, 1990-2015

Wanda Cabella¹
Ignacio Pardo²

Resumen

En los últimos 25 años la fecundidad latinoamericana y caribeña se redujo de un valor próximo a los 3 hijos por mujer a otro que apenas supera el umbral de reemplazo (2,18). Para identificar los principales rasgos de este proceso se analizan cuatro aspectos: a) las características generales del descenso de la fecundidad; b) su relación con los cambios en la edad media de la maternidad; c) su relación con la evolución de la fecundidad adolescente, y d) la heterogeneidad social del comportamiento reproductivo dentro de los países. El proceso de reducción de la fecundidad en este período tuvo algunas características particulares: alcanzó niveles bajos sin comenzar un proceso sostenido de aumento de la edad media de la maternidad y manteniendo niveles altos de fecundidad adolescente. En consecuencia, son pocos los países en los que se vislumbran señales de postergación del inicio de la vida reproductiva. Sin embargo, dentro de la mayoría de ellos se observa que en el transcurso de estos años las mujeres de nivel educativo alto aplazaron considerablemente el comienzo de la etapa reproductiva, mientras que entre aquellas de menor nivel educativo no se registraron cambios significativos. Se concluye que, en el tránsito hacia un régimen de baja fecundidad, la polarización social sigue caracterizando el comportamiento reproductivo de la población latinoamericana y caribeña.

Palabras clave: fecundidad, calendario de la fecundidad, fecundidad bajo el nivel de reemplazo, fecundidad adolescente, América Latina y el Caribe.

¹ Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (wanda.cabella@cienciassociales.edu.uy).

² Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (ignacio.pardo@cienciassociales.edu.uy).

Presentación

Este capítulo introductorio presenta un panorama de la evolución de la fecundidad en América Latina y el Caribe desde 1990 hasta 2015. En estos 25 años, la fecundidad de la región se redujo de un valor próximo a los 3 hijos por mujer a otro que apenas supera el umbral de reemplazo (2,18). Para identificar los principales rasgos de este proceso se analizan cuatro aspectos: a) las características generales del descenso de la intensidad de la fecundidad; b) la relación entre este descenso y los cambios en la edad media de la maternidad; c) la evolución de la fecundidad adolescente, y d) la heterogeneidad social del comportamiento reproductivo dentro de los países de la región.

El propósito del capítulo es describir las tendencias generales de la fecundidad latinoamericana y caribeña en este pasaje hacia un nuevo régimen, en el que la tasa global de fecundidad (TGF) de casi todos los países del subcontinente se encontrará apenas por encima de la línea del reemplazo poblacional. Actualmente son cuatro los países que se sitúan por debajo de una tasa global de 2,1 hijos por mujer, incluido Brasil, donde vive cerca de una cuarta parte de la población de América Latina y el Caribe.

Para este análisis se han utilizado datos provenientes de la División de Población de las Naciones Unidas (United Nations, 2013) y de las últimas rondas censales de los países que tienen sus bases disponibles en IPUMS Internacional (Minnesota Population Center, 2014).

El capítulo se organiza de la siguiente manera: en la primera sección se repasan brevemente las tendencias de la fecundidad observadas en el último medio siglo en América Latina y el Caribe, en comparación con otras regiones del planeta y prestando atención a las diferencias que persisten entre sus países. Las dos secciones siguientes se concentran en el análisis de la evolución de la fecundidad latinoamericana y caribeña en el período reciente, con énfasis en la evolución conjunta de indicadores de la intensidad y el calendario —tasa global de fecundidad, edad media de la maternidad y fecundidad adolescente. Por último, se aborda la heterogeneidad social de los patrones reproductivos dentro de los países, a partir de un indicador del nivel educativo. El capítulo se cierra con unos breves comentarios que reseñan los patrones observados y comentan su posible evolución futura.

El descenso de la fecundidad en América Latina, 1950-2015

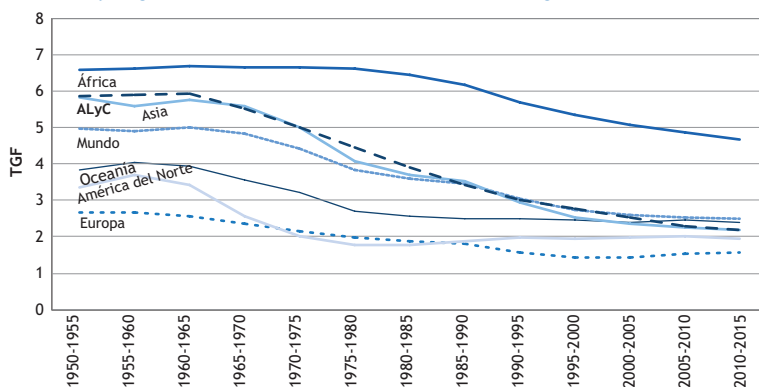
La evolución de la fecundidad latinoamericana y caribeña en el período 1950-2015 puede ser dividida en tres fases: la primera, de 1950 a 1970, se caracterizó por la estabilidad de la TGF en niveles muy altos; la segunda, que se extendió de 1970 a 1990, por su reducción acelerada y de gran magnitud, y la tercera, de 1990 a 2015, por un proceso más lento pero sostenido de disminución de este indicador, en este caso hacia niveles cercanos al reemplazo poblacional. A mediados del siglo XX, durante la primera de las fases, la TGF de América Latina y el Caribe conservó un valor cercano a 6, superior al del mundo en casi un hijo. Asia estaba en una posición similar, mientras que la TGF africana, la más alta del planeta, alcanzaba los 6,6 hijos por mujer.

Al finalizar el siglo, la fecundidad de la región convergía con el promedio mundial, mientras que en la actualidad es inferior a ella, igual a la asiática y significativamente menor que la africana, que continúa en niveles altos (véase el gráfico 1).

La veloz reducción de la fecundidad que dio inicio a la segunda de estas fases fue uno de los rasgos distintivos de la demografía latinoamericana y caribeña a partir de la década de 1970. Los dos decenios anteriores se habían caracterizado por tasas de crecimiento excepcionalmente altas, resultantes de la persistencia de niveles elevados de fecundidad y del rápido descenso de la mortalidad. La intensidad de la caída de la fecundidad experimentada entre fines de la década de 1960 e inicios de la de 1970 superó todas las previsiones realizadas para la región, obligando a revisar sistemáticamente a la baja los supuestos del comportamiento de la fecundidad en la elaboración de las proyecciones de población (CEPAL, 2011). Los países latinoamericanos y caribeños compartieron este patrón de descenso acelerado de la TGF con la mayoría de los continentes en este período, particularmente con las regiones en desarrollo, a excepción de África, cuya fecundidad comenzó a descender 20 años más tarde (véase el gráfico 1).

Estos cambios tuvieron lugar mientras la región era escenario de múltiples transiciones demográficas, reflejo de transformaciones de largo plazo vinculadas a la modernización, que condujeron, con escasas excepciones, a un régimen de fecundidad sustantivamente diferente al predominante durante el período de “crecimiento explosivo” de las décadas de 1950 y 1960. Este proceso ha sido abordado por la literatura especializada, que ha evidenciado de forma exhaustiva sus particularidades locales, los principales factores explicativos y los efectos sobre la dinámica demográfica regional (Zavala de Cosío, 1992; Chackiel and Schkolnik, 1996; Chackiel, 2004; Schkolnik y Chackiel, 2004; Guzmán *et al.*, 2006).

Gráfico 1
Mundo y regiones, 1950-2015: evolución de la tasa global de fecundidad



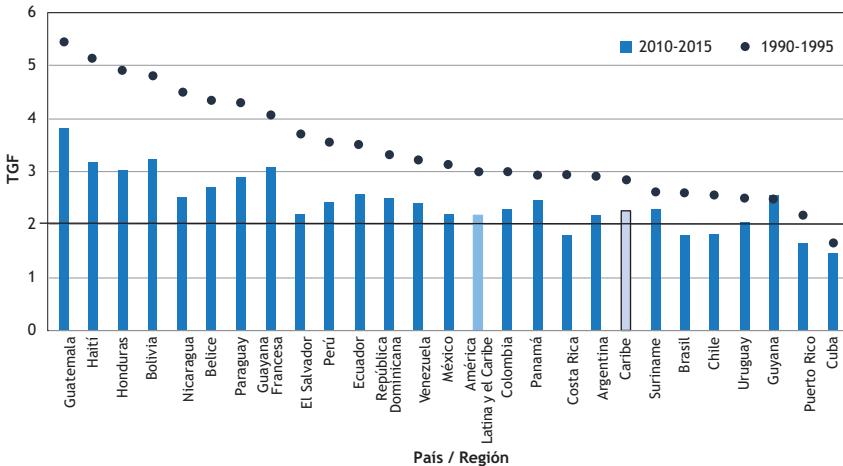
Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.
Nota: En el gráfico A.1 del anexo se presenta la evolución de la TGF de los países de América Latina y el Caribe durante el período 1950-2015.

En el período que siguió a la gran caída de los años setenta y ochenta del siglo pasado, la fecundidad continuó reduciéndose pero a un ritmo mucho menor. A grandes

rasgos, los últimos 25 años se caracterizan por la caída de la TGF regional de 3 a 2 hijos por mujer.

En el contexto mundial, el descenso de la región hacia niveles bajos de fecundidad presentó un patrón claramente identificable, aunque resultado de trayectorias nacionales heterogéneas, sobre todo en relación con el valor de la TGF al inicio del período (véase el gráfico 2). Un grupo de países presentaba una fecundidad superior a los 4 hijos por mujer en la década de 1990 (Belice, Bolivia, Guatemala, Guayana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay), mientras que en otro la TGF se situaba entre los 3 y los 4 hijos por mujer (Ecuador, El Salvador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela), y en el resto oscilaba en el rango de 2,5 a 3 hijos por mujer (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guyana, Panamá, Suriname y Uruguay). Solo Cuba se encontraba por debajo del valor de reemplazo en el primer quinquenio de los años noventa (1,65 hijos por mujer), y Puerto Rico estaba muy próximo a alcanzarlo (2,18 hijos por mujer).

Gráfico 2
América Latina y el Caribe, 1990-1995 y 2010-2015:
evolución de la tasa global de fecundidad



Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.
Nota: La categoría denominada "Caribe" incluye a todos los países de esta subregión, aunque también se agregaron los casos individuales de países como Haití, República Dominicana, Cuba y Puerto Rico. De haber incluido todos los países del Caribe, de todos modos la tendencia no se modificaría.

A comienzos de la segunda década del siglo XXI, la fecundidad latinoamericana y caribeña presenta un panorama mucho más homogéneo: ya no se observan países con TGF muy superiores a 3 hijos por mujer, y la mayoría se acerca a un valor próximo a 2. La reducción fue generalizada, con la única excepción de Guyana, que ya presentaba valores bajos al comenzar este período y no continuó el descenso. De todos modos, en la región conviven países como Guatemala, con una TGF levemente inferior a 4 hijos por mujer, con otros como Cuba o Puerto Rico, cercanos a 1,5. En cualquier caso, el promedio regional (2,18) refleja que los países más poblados se encuen-

tran en niveles bajos: los cuatro que poseen mayor población de la región (México, Brasil, Colombia y Argentina) tienen tasas globales cercanas a los 2 hijos por mujer. Finalmente, cabe destacar que en el transcurso de los primeros 15 años de este siglo, cuatro países traspusieron el umbral de reemplazo, entre ellos Costa Rica y Puerto Rico, así como todos los países del Cono Sur, a excepción de Argentina.

Presumiblemente, al final de esta etapa la fecundidad latinoamericana y caribeña se estabilizará en torno al umbral de reemplazo y los cambios se concentrarán más en su calendario que en su nivel (Lesthaeghe and Willems, 1999). En la siguiente sección se analizan los cambios en el patrón de la fecundidad por edad, asociados al descenso reciente de la fecundidad total.

Intensidad y calendario: la evolución conjunta de la tasa global de fecundidad y la edad media de la maternidad

Para profundizar en el patrón latinoamericano y caribeño de descenso de la fecundidad hacia niveles bajos es necesario incorporar indicadores adicionales al estudio de la TGF. Con este objetivo, en esta sección se vincula el proceso de descenso del nivel de la fecundidad con la evolución de la edad media de la maternidad (EMM). Para dar cuenta de las especificidades nacionales y subregionales, la evolución conjunta de los dos indicadores se presenta a escala de la región y para las subregiones de América Central, el Caribe y América del Sur por separado, así como para 16 países seleccionados (véase el gráfico 3).

El primer panel horizontal del gráfico, correspondiente a América Latina y el Caribe y sus subregiones, permite identificar un patrón bien definido, que resume la característica central de los últimos 25 años de descenso de la fecundidad en la región: mientras la TGF caía, independientemente del nivel de partida, la EMM también emprendió un camino decreciente. ¿Qué procesos demográficos están detrás de este fenómeno, que a primera vista descarta un patrón conjunto de descenso de la fecundidad y aplazamiento de los nacimientos?

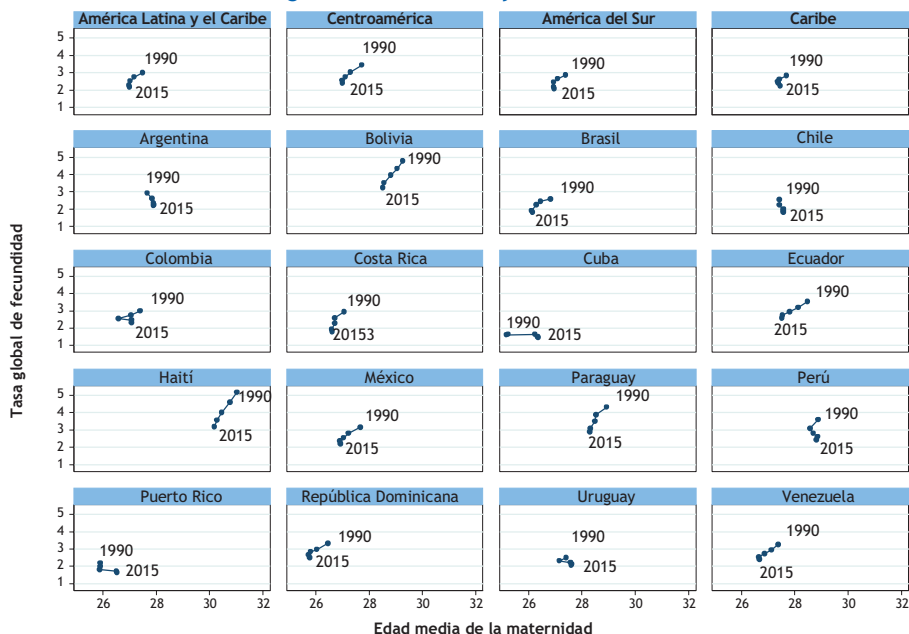
Antes de responder esta pregunta cabe observar con mayor detalle la tendencia. En el promedio latinoamericano, en todas sus subregiones y en la mayoría de los países, el descenso de la TGF fue acompañado por la reducción de la EMM, pero este patrón solo se perfila con claridad en la primera etapa del período analizado. En los años más recientes, el descenso de la EMM se ha detenido y en algunos casos, como los del Caribe, Brasil, Colombia, Costa Rica, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay, ha comenzado a revertirse, y se observa el inicio de una tendencia al aumento.

Dado que la EMM se modifica a partir de las transformaciones en la edad media a cada orden de nacimiento, es sensible a la importancia de la proporción de nacimientos por orden. En el caso que se está describiendo, al comienzo del período se observa que en los países con TGF altas la EMM se reduce —las curvas se desplazan hacia abajo y a la izquierda prácticamente en todos ellos— por un efecto conocido: la menor proporción de hijos de órdenes superiores genera una menor cantidad de nacimientos

de mujeres en edades más tardías del ciclo reproductivo. Este fenómeno contribuye al descenso de la EMM, aun cuando no existan modificaciones en el calendario de ninguno de los órdenes de nacimientos.

Gráfico 3

América Latina y el Caribe, subregiones y países seleccionados, 1990-1995 y 2010-2015: evolución de la tasa global de fecundidad y la edad media de la maternidad



Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.

Nota: La mención a 1990 se refiere a los datos del quinquenio 1990-1995, en tanto que la de 2015 a los del quinquenio 2010-2015.

Dicho de otro modo, el mecanismo de *stopping* en el aumento del tamaño de la descendencia, identificado por el grupo de Princeton para el caso europeo (Coale and Cotts Watkins, 1986), y que explica el descenso de la TGF en América Latina y el Caribe, produce una reducción de la frecuencia de cuartos, quintos o sextos hijos³. En consecuencia, el menor número de nacimientos a edades avanzadas hace descender la EMM aun cuando no se modifique el calendario de la fecundidad.

Este fenómeno ocurre mientras los niveles de fecundidad son considerablemente superiores al de reemplazo, como en los primeros años del período observado. A medida que los valores de la TGF se acercan a niveles bajos es habitual observar un aumento de la EMM, que resulta ahora sí de la postergación de la maternidad. Es decir, la EMM total se incrementa por el efecto del aplazamiento de los primeros y segundos

³ En el gráfico A.2 del anexo puede consultarse la evolución de la proporción de mujeres de entre 20 y 49 años según el número de hijos acumulados.

nacimientos, en un contexto en el que los nacimientos de estos órdenes constituyen la mayoría de los nacimientos totales y ya no actúa un efecto compensatorio de la reducción de la fecundidad en los órdenes altos. Este ha sido el patrón observado en la mayoría de los países europeos que experimentaron caídas de la fecundidad hacia niveles bajos o muy bajos y un aumento de la edad media en los nacimientos de primer y segundo orden (Sobotka, 2004).

Recuadro 1

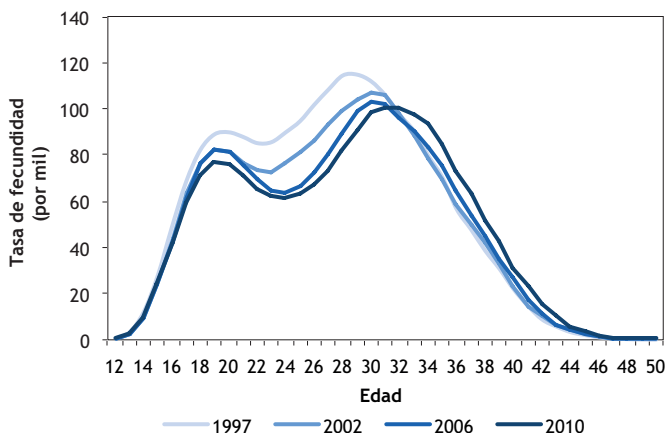
El caso de Uruguay: *stopping*, aplazamiento y curva bimodal en los nacimientos de orden 1

Cuando existen datos por orden de nacimiento se pueden analizar con mayor profundidad los cambios en el calendario reproductivo, por ejemplo, es posible aproximarse a la evolución de la edad al inicio de la maternidad a partir del análisis de los nacimientos de orden 1. Un estudio reciente sobre Uruguay presenta un análisis a partir de esta información (Nathan, Cabella y Pardo, 2014). La disponibilidad de datos por edad y orden de nacimiento provistos por las estadísticas vitales, y de la población femenina por edad y paridez provenientes de los censos, permitió la elaboración de tasas condicionales específicas para cada orden.

El trabajo citado mostró que la edad media al momento del nacimiento del primer hijo, condicional a las mujeres de paridez cero, experimentó un aumento cercano a un año y medio entre 1996 y 2011, al tiempo que la edad media al nacimiento de hijos de segundo orden aumentó en una magnitud similar. Sin embargo, las tendencias al aplazamiento no se tradujeron en un incremento de la EMM total, que se mantuvo prácticamente inalterada durante el período. La explicación deriva del efecto compensador de *stopping* en los órdenes superiores: más de un 75% del descenso de la TGF en el período se explica por la disminución de los nacimientos de orden 3, 4 o más.

Las tasas condicionales de orden 1 permiten apreciar una característica adicional: la dualidad del comportamiento reproductivo de la población uruguaya, en este caso vinculada al calendario de transición a la maternidad. Existe un pico de intensidad en las edades más tempranas y otro en torno a los 30 años, conformando una distribución bimodal que se ha ido acentuando a medida que el país avanza hacia niveles bajos de fecundidad. Este patrón bimodal, por su parte, es un síntoma demográfico de la polarización social del comportamiento reproductivo

Uruguay, 1997, 2002, 2006 y 2010: tasas condicionales específicas de fecundidad, nacimientos de orden 1



Fuente: Estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública y estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística, Uruguay.

Nota: Promedios trianuales.

Fuente: Texto adaptado a partir de Nathan, Pardo y Cabella (2014).

En América Latina y el Caribe este patrón comienza a perfilarse y es factible que se extienda en los próximos años, pero no es la norma en el período transcurrido entre 1990 y 2015. Solo en algunos países se puede apreciar que la EMM aumentó levemente (la curva se desplaza hacia la derecha). En la trayectoria global del continente, el cambio observado en este período puede describirse en pocas palabras como un descenso relevante de la TGF (desde 3,02 a 2,18 hijos por mujer en 25 años), acompañado por una disminución de la EMM en los primeros años, que luego se detuvo. Dado que es probable que los países de fecundidad superior a una TGF de 2,5 hijos por mujer reduzcan algo más sus niveles, es aún factible que ocurra un ligero incremento de la EMM de la región. En la actualidad, mientras la TGF llega a niveles cercanos al reemplazo, la EMM es de aproximadamente 27 años, medio año inferior a la registrada en el quinquenio 1990-1995. Es interesante notar que en el primer quinquenio de la década de 1970, cuando la TGF promedio de Europa llegó a un nivel similar al promedio actual de América Latina y el Caribe (2,17 hijos por mujer), su EMM también era semejante al promedio actual de nuestra región (26,9 años).

La evolución de la fecundidad adolescente durante el descenso de la tasa global de fecundidad

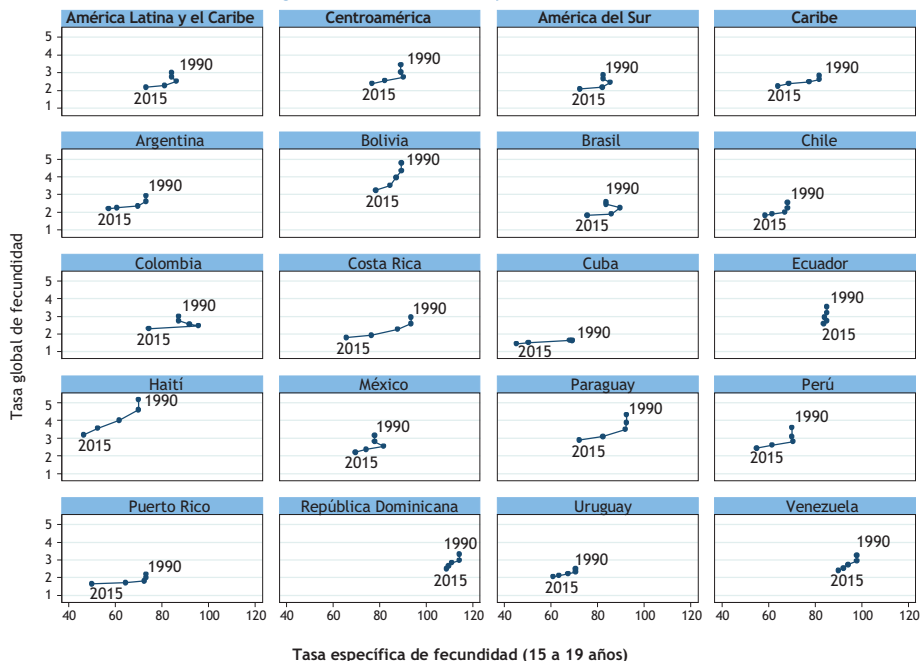
Otro indicador relevante para comprender la dinámica del comportamiento reproductivo de América Latina y el Caribe en el descenso hacia la fecundidad de reemplazo es la evolución de la fecundidad adolescente, un fenómeno cualitativamente distinto de la fecundidad en el resto de las edades y que amerita especial atención, no solo porque tiene una dinámica de cambio propia —en especial en nuestra región—, también por las implicaciones normativas y sociales de los nacimientos de madres muy jóvenes. La dinámica de la fecundidad adolescente se aborda en profundidad en el capítulo 2 de este libro; en este apartado, por lo tanto, nos limitamos a analizar su relación con los cambios en la intensidad de la fecundidad total.

En el gráfico 4 se presenta la evolución conjunta de la TGF y la fecundidad adolescente en la región, sus subregiones y 16 países seleccionados. En términos generales, la reducción de la fecundidad total no fue acompañada por el descenso de la fecundidad adolescente durante la década de 1990; en ese decenio se observó incluso un leve aumento de este último indicador en la región, y especialmente en América del Sur⁴. A partir de la década de 2000 se inició una clara tendencia al descenso en casi todos los países —salvo en Colombia, donde la caída es más reciente. Este cambio se reflejó en la tasa de fecundidad específica de la región, que comenzó el siglo con un valor de 86 nacimientos anuales cada mil adolescentes y se redujo hasta llegar a 73 por mil al final del período analizado.

⁴ Este fenómeno ha sido ampliamente analizado. Véanse por ejemplo Flórez and Núñez (2002); CEPAL (2011) y Rodríguez (2011 y 2014).

Gráfico 4

América Latina y el Caribe, subregiones y países seleccionados, 1990-1995 y 2010-2015: evolución de la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad adolescente



Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.
 Nota: La mención a 1990 se refiere a los datos del quinquenio 1990-1995, en tanto que la de 2015 a los del quinquenio 2010-2015.

En América Latina y el Caribe los bajos niveles de la TGF coexisten con altos niveles de la tasa de fecundidad adolescente, ya que el descenso de la primera no fue acompañado por una reducción significativa y sostenida de la segunda, salvo en los últimos años (Flórez and Núñez, 2002; CEPAL, 2011; Rodríguez, 2008 y 2011). Se trata de una situación peculiar y probablemente una de las características más relevantes del comportamiento reproductivo de la región. A título de comparación, cuando en la década de 1970 Europa llegó a un nivel de fecundidad similar al que hoy tiene nuestra región, su tasa de fecundidad adolescente era de 36 por mil, la mitad del promedio latinoamericano y caribeño actual.

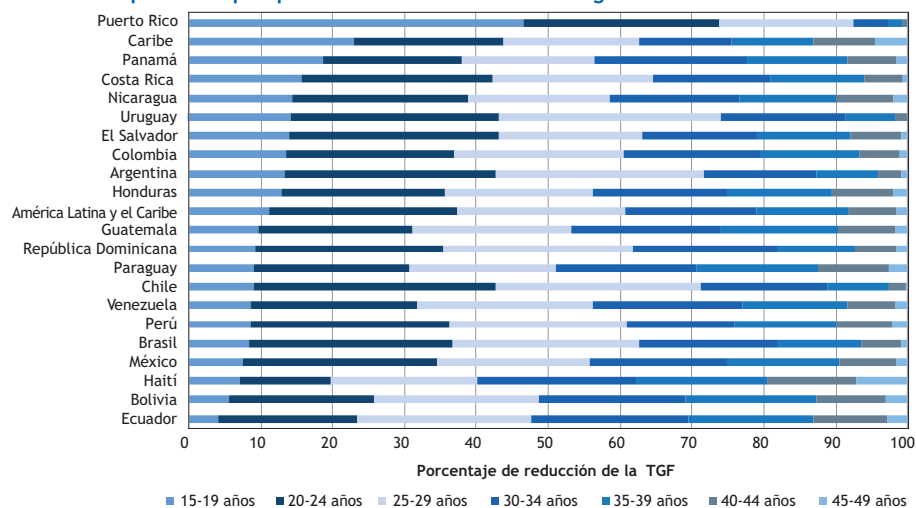
Esta peculiaridad puede tener consecuencias sobre la evolución futura de la TGF: dado que la fecundidad adolescente tiene aún márgenes amplios para la reducción, su descenso podría colaborar con una mayor caída de la fecundidad latinoamericana y caribeña total. Pero como se verá más adelante, no es obvio que la fecundidad adolescente retome su ruta de descenso.

Por otra parte, al comparar entre los países se observa una mayor heterogeneidad en la fecundidad adolescente que en la total. Hay algunos cuya tasa de fecundidad

específica supera los 100 nacimientos por mil mujeres de este rango etario (Guatemala, Nicaragua), y los hay con valores cercanos a los 30 por mil. Asimismo, las trayectorias han sido diferentes. En algunos países el descenso fue muy pronunciado (Cuba, Costa Rica, Haití y Puerto Rico), mientras que en otros la tasa experimentó reducciones muy modestas en los últimos 25 años, estancándose en niveles aún altos (Ecuador y República Dominicana). De hecho, si se considera qué tasas específicas contribuyeron a la reducción de la fecundidad total en cada país desde 1990, el aporte de la tasa de fecundidad adolescente presenta valores extremos: mientras que en Puerto Rico la evolución de esta tasa específica da cuenta de casi la mitad del descenso de la TGF, hay 11 países en los que no alcanza a explicar el 10% de la reducción total (véase el gráfico 5).

Gráfico 5

América Latina y el Caribe, 1990-2015: contribución de las tasas específicas de fecundidad por edad quinquenal a la reducción de la tasa global de fecundidad



Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.

Más allá de la diversidad entre los países, se destaca un patrón subregional: en el Caribe se observan los valores más bajos de la tasa de fecundidad adolescente, tras un descenso sostenido desde finales del siglo XX, con la única excepción de República Dominicana.

Hasta aquí se ha visto cómo el descenso de la fecundidad latinoamericana y caribeña tuvo algunas características particulares: alcanzó niveles bajos sin comenzar un proceso sostenido de aumento de la edad media de la maternidad y manteniendo niveles altos de fecundidad adolescente. Se trata de atributos de sus poblaciones en términos agregados. Es posible, sin embargo, que la característica más singular de un patrón regional de descenso hacia la fecundidad baja se encuentre a escala subnacional. En la sección que sigue se analizan las diferencias en el comportamiento reproductivo tomando en cuenta la heterogeneidad social dentro de los países.

La heterogeneidad en el comportamiento reproductivo dentro de los países de América Latina y el Caribe

La desigualdad estructural y las diferencias en los desempeños demográficos según la posición que se ocupe en la estratificación social son características idiosincráticas de los países de América Latina y el Caribe. En términos del comportamiento reproductivo, diversos trabajos han documentado la existencia de una dinámica dual, según la cual las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos tienen una fecundidad más alta y más temprana que las de los estratos altos, además de alcanzar un número de hijos mayor al deseado (Schkolnik y Chackiel, 2004; Flórez y Soto, 2008; CEPAL, 2011; Rodríguez, 2011).

Los indicadores sociales que permiten evidenciar la heterogeneidad en la intensidad y el calendario de la fecundidad entre grupos sociales son de diversa índole. Las mujeres que residen en el medio rural, las que tienen menores niveles de escolaridad, las que pertenecen a hogares más pobres, las que tienen un vínculo más precario con el mercado de trabajo, suelen ser más fecundas e iniciar más tempranamente su vida reproductiva. Estas relaciones han sido constatadas por un sinnúmero de trabajos. Nuestro análisis se concentra exclusivamente en la educación formal, con el objetivo de analizar las disparidades en el calendario de la fecundidad dentro de los países de la región.

Los mecanismos a través de los cuales la mayor educación formal favorece el control de las conductas reproductivas son múltiples, complejos y atañen tanto a aspectos materiales como culturales; pero aunque existe debate respecto de los canales a través de los cuales la educación actúa sobre el calendario y la intensidad de la fecundidad, este ha sido considerado un “vínculo fuerte” (Cleland and Jeebhoy, 1996)⁵.

En las últimas tres décadas ha habido una notable expansión de la educación en la región. De acuerdo a un informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la educación primaria prácticamente se universalizó entre los jóvenes de 15 a 29 años: en 1990 poco más del 60% había culminado el primer ciclo educativo, mientras que en 2012 esa cifra aumentó al 94%. La culminación de la educación secundaria avanzó del 26% al 59%, mientras que, a pesar que se duplicó, aún es escasa la proporción que finaliza los estudios superiores (pasó del 4,4% al 10% en el mismo período) (CEPAL, 2014).

A medida que cambia la composición de las generaciones recientes según el nivel de escolaridad alcanzado, la relación entre educación y fecundidad se vuelve más difícil de interpretar, en la medida que es necesario determinar qué proporción de la variación se debe a cambios en la intensidad de la fecundidad (efecto tasa) en cada grupo educativo y qué proporción puede ser adjudicada a alteraciones en la distribución educacional (efecto composición). Diversos trabajos realizados para un conjunto signi-

⁵ Para una discusión sobre la relación entre el nivel educativo y la fecundidad, con énfasis en la fecundidad adolescente, véase Rodríguez and Cavenaghi (2013).

ficativo de países de América Latina muestran que si bien hay cambios en la intensidad de la fecundidad dentro de cada grupo educativo, el efecto composición ha tenido un papel relevante en la dinámica reciente de la fecundidad (CEPAL, 2011; Ríos-Neto and Rangel, 2013; Rodríguez and Cavenaghi, 2013). En el trabajo de Rodríguez and Cavenaghi (2013) se concluye que el efecto composición explica la mayor parte de la reducción de la maternidad adolescente, es más, se señala que, de no haber sido por esta incidencia, la fecundidad adolescente no se habría reducido entre 2000 y 2010.

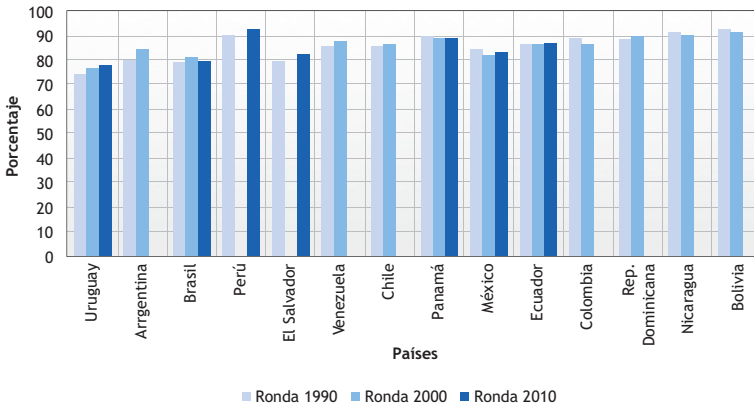
Hay dos aspectos destacables que surgen de los estudios citados en el párrafo anterior. Por una parte, como en los años recientes la composición educativa de la población latinoamericana y caribeña varió fundamentalmente por la cuasi universalización del acceso a la educación secundaria, es esperable que se reduzca el margen de acción del efecto composición sobre el descenso de la fecundidad. Por la otra, esos y otros estudios (por ejemplo, Rosero-Bixby, Castro-Martín and Martín-García, 2009) han comprobado que el acceso a la educación superior, cuyas barreras son aún importantes en la región, es un factor clave en la modificación de los comportamientos reproductivos. En concreto, las mujeres que realizaron estudios terciarios tienen niveles menores de fecundidad y, más importante aún, son quienes muestran signos claros de aplazamiento de la maternidad. En suma, se puede concluir que el descenso futuro de la fecundidad y el retraso del inicio de la vida reproductiva en América Latina y el Caribe dependerán en gran medida de la existencia de avances significativos en el acceso a la educación terciaria (Rodríguez and Cavenaghi, 2013).

En los gráficos 6 y 7 se presenta la evolución de la proporción de mujeres de 25 a 29 años que ya habían sido madres según su nivel educativo, categorizado en dos grandes grupos: las que no alcanzaron a completar la educación secundaria y las que terminaron sus estudios universitarios. Cuando los datos están disponibles, la información corresponde a las tres últimas rondas censales.

En primer lugar, cabe destacar las notables brechas registradas entre la proporción de mujeres que tienen hijos entre los 25 y los 29 años en función de la categoría educativa a la que pertenecen. Ese patrón, que refleja la fuerte polarización social en la edad de la formación de la familia, se registra en todos los países y en todas las rondas censales. El gráfico que representa a las mujeres que pertenecen al estrato educativo bajo —que no completaron la secundaria— ofrece una imagen relativamente homogénea: en todos los países y en todas las rondas censales, no menos del 75% de las mujeres de este segmento etario fueron madres, y la variabilidad de esta proporción entre países es de escasa magnitud —en la ronda de 2010 los casos extremos son Uruguay con el 78% y Perú con el 92%. A diferencia de la anterior, la proporción de mujeres de esa edad que cumplen con la doble condición de haber sido madres y haber concluido estudios terciarios presenta una heterogeneidad significativa entre los países. A modo de ejemplo, el valor del indicador en Uruguay fue del 11% en la ronda de 2010, mientras que en Ecuador alcanzó el 45%. Sin embargo, se constata un rasgo común en todos los países entre las mujeres universitarias, que no ocurre entre las que poseen un menor nivel de educación formal: la proporción de madres en ese

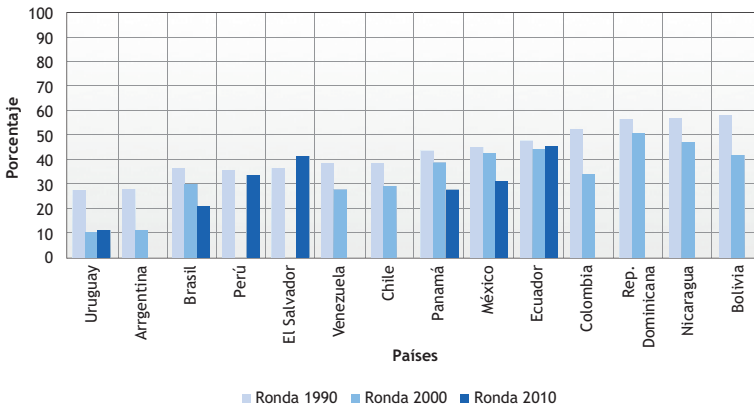
tramo etario se reduce sistemáticamente con el correr de las décadas. Las excepciones las constituyen El Salvador y Uruguay, países que, con niveles muy diferentes, registraron un leve aumento entre el censo de 2000 y el de 2010.

Grafico 6
América Latina y el Caribe, países seleccionados, rondas censales de 1990 a 2010:
porcentaje de mujeres con estudios inferiores a secundaria completa
y al menos un hijo entre los 25 y 29 años



Fuente: Minnesota Population Center, IPUMS Internacional.

Grafico 7
América Latina y el Caribe, países seleccionados, rondas censales de 1990 a 2010:
porcentaje de mujeres con nivel universitario completo
y al menos un hijo entre los 25 y 29 años



Fuente: Minnesota Population Center, IPUMS Internacional.

Nota: La información de Uruguay correspondiente a la ronda de 2000 proviene de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, una edición especial de la Encuesta Continua de Hogares, aplicada a un 8% de la población.

En suma, la reducción del tamaño de la descendencia ha sido masiva pero la postergación de la maternidad es un fenómeno que alcanza a sectores minoritarios de la

población. Los escasos cambios en la edad de inicio de la vida reproductiva apreciados a partir de la estabilidad de la proporción de madres de 25 a 29 años entre las mujeres con menor educación formal, combinados con el fuerte aplazamiento que sugiere este indicador entre las mujeres con mayores niveles de escolaridad, tuvo como resultado una mayor polarización social del calendario reproductivo. No se ha abordado en este trabajo la evolución de las mujeres que por distintas razones culminan su vida fértil sin haber procreado, pero otros estudios dan cuenta de que su aumento es incipiente y localizado también en sectores de altos recursos (Cavenaghi y Alves, 2013; Rosero-Bixby, Castro-Martín y Martín-García, 2009).

Comentarios finales

En los últimos 25 años la fecundidad de América Latina y el Caribe descendió de forma sostenida hacia niveles que se acercan a un régimen de baja fecundidad. Si la fuerte caída de la TGF iniciada en la década de 1970 aproximó los niveles de la fecundidad entre los países, su prolongación, a un ritmo mucho más lento, condujo a un panorama aún más homogéneo. No obstante, aunque variando dentro de un rango menor, persisten países que se alejan del promedio regional. En la actualidad ningún país de la región tiene una TGF superior a 4 hijos por mujer, solo en tres países es apenas superior a 3 y el grueso se alinea en un valor que oscila entre 2 y 2,5 hijos por mujer. En el último quinquenio analizado (2010-2015), cinco países tienen niveles de fecundidad por debajo del reemplazo poblacional.

En el proceso de reducción ocurrido entre inicios de la década de 1990 y mediados de la de 2010 se destacan tres aspectos. En primer lugar, la modificación del calendario tuvo en este período rasgos particulares, que resultaron en una caída moderada de la EMM. En el cambio de siglo, la limitación de la descendencia —reducción de los órdenes superiores de nacimiento— generó una disminución de la EMM de los nacimientos de todos los órdenes juntos, que solo muy recientemente fue revertida en algunos países latinoamericanos y caribeños. Así, la región no muestra un régimen de fecundidad tardía, aunque una mayor proporción de mujeres inicia la reproducción a edades más avanzadas. En segundo lugar, la fecundidad adolescente no descendió sostenida ni homogéneamente en el período, factor que también contribuyó a la resistencia al aumento de la EMM; recién en los últimos 15 años la fecundidad de las mujeres más jóvenes cayó de forma significativa, en especial en la subregión del Caribe. Aun así, en la mayoría de los países y en el promedio regional, la tasa de fecundidad adolescente sigue en niveles altos. En tercer lugar, las poblaciones latinoamericanas y caribeñas mantienen un comportamiento reproductivo caracterizado por su heterogeneidad social, que se expresa con mayor vigor en su calendario. Las mujeres con mayores niveles de escolaridad, y en particular las que alcanzan el ciclo terciario, tienen sus hijos cada vez más tarde, mientras que aquellas con menos educación formal no registraron cambios significativos en su edad de inicio de la maternidad en las últimas décadas. En consecuencia, durante este período se intensificó la polarización social en la edad al momento del nacimiento del primer hijo.

El análisis de los cambios observados en este último período arroja algunas pistas que permiten especular sobre la evolución de la fecundidad en la próxima década. Es muy factible, y así lo prevén las proyecciones, que los países que hoy tienen una fecundidad por encima o cercana a los 3 hijos por mujer prosigan su camino de descenso. Pero si bien es esperable que las tasas globales de fecundidad de los países de la región converjan hacia niveles similares (cerca de los 2 hijos), existen heterogeneidades vinculadas a su calendario que probablemente se mantengan, en el corto y quizás en el mediano plazo.

La expansión de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos registrada entre 1990 y 2014, período en que aumentó del 52,7% al 67% (Alkema *et al.*, 2013)⁶, favorece la hipótesis de que las mujeres latinoamericanas y caribeñas se encontrarán en mejores condiciones de controlar su fecundidad. La reducción de la tasa de embarazos no deseados apunta en el mismo sentido. De acuerdo a un estudio reciente, en América Latina esta tasa se redujo de 96 a 68 por mil mujeres de entre 15 y 44 años (Sedgh, Singh and Hussain, 2014). De todos modos, este mismo estudio consignó que en 2012 el 56% de los embarazos no fueron planificados —no deseados en absoluto o en el momento en que ocurrieron. Cabe destacar asimismo que la proporción de nacimientos no deseados de madres adolescentes aumentó en varios países de América Latina y el Caribe, superando el valor observado en el total de las mujeres (Rodríguez, 2011).

El valor promedio de la fecundidad latinoamericana y caribeña está en la frontera del nivel de reposición y probablemente se ubicará bajo el reemplazo en pocos años más, en la medida en que es esperable que países populosos como Argentina, México y Colombia, que ya han alcanzado niveles próximos a este umbral, reduzcan algo más su TGF. La evolución de la fecundidad adolescente será clave para definir este proceso.

Sin embargo, cabe preguntarse si la región también está en el umbral del inicio de una fase de aplazamiento de la maternidad. El análisis presentado en las secciones anteriores indica que América Latina y el Caribe está lejos de comenzar un proceso sostenido de postergación del inicio de la vida reproductiva. Hasta el momento, solo un grupo minoritario, compuesto por mujeres pertenecientes a sectores favorecidos, muestran señales incontestables de retraso de la edad al momento del nacimiento del primer hijo. La persistencia de las desigualdades educativas, de inserción laboral e incluso en el acceso a los servicios de planificación familiar entre los jóvenes de orígenes sociales diferentes probablemente contribuya a dilatar un potencial proceso de difusión hacia el resto de la población. Pero el aplazamiento que se observa en el caso de las mujeres más educadas puede verse como un síntoma de que la postergación de los nacimientos formará parte del nuevo escenario de la fecundidad latinoamericana (Rosero-Bixby, Castro-Martín and Martín-García, 2009).

⁶ La estimación se refiere a las mujeres casadas o unidas. Los intervalos de confianza (al 95%) van del 61,3% al 71,7% en 2014.

Referencias

- Alkema, Leontine; Kantorova, Vladimira; Menozzi, Clare and Biddlecorn, Ann (2013), “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis”, *Lancet* 381:1642-52.
- Cavenaghi, Suzana and Alves, José Eustáquio Diniz (2013), “Childlessness in Brazil: socioeconomic and regional diversity”, Paper presented at the XXVII International Population Conference, Busan, 26-31 August.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), *Panorama social de América Latina 2011*, Santiago: CEPAL.
- ____ (2014), *Panorama social de América Latina 2014*, Santiago: CEPAL.
- Chackiel, Juan (2004), “La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000”, *Papeles de Población* N° 4: 9-58.
- Chackiel Juan and Schkolnik, Susana (1996), “Latin America: Overview of the Fertility Transition, 1950-1990”, in Guzmán, J.M.; Singh, S.; Rodríguez, J. and Pantelides, E. (eds.), *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford: Claredon Press.
- Cleland, John and Jeejebhoy, Shireen (1996), “Maternal schooling and fertility: evidence from censuses and surveys”, in Jeffery, R. and Basu, A. (eds.), *Girls, schooling, women’s autonomy and fertility change in South Asia*, Nueva Delhi: Sage, pp. 72-106.
- Coale, Ansley and Cotts Watkins, Susan (eds.) (1986), *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton: Princeton University Press.
- Flórez, Carmen E. and Núñez, Jairo (2002), “Teenage Childbearing in Latin American Countries”, documento CEDE 2002-01, Bogotá: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía, Universidad de los Andes.
- Flórez, Carmen E. y Soto, Victoria E. (2008), *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global*, documento de trabajo N° 632, Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Guzmán, José Miguel; Rodríguez, Jorge; Martínez, Jorge; Contreras, Juan Manuel y González, Daniela (2006), “The Demography of Latin America and the Caribbean since 1950”, *Population-E*, 61(5-6): 519-576.
- Lesthaeghe, Ron and Willems, Paul (1999), “Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union?”, *Population and Development Review* 25(2): 211-228.
- Minnesota Population Center (2014), *Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 6.3* [Machine-readable database], Minneapolis: University of Minnesota.
- Nathan, Mathías; Pardo, Ignacio y Cabella, Wanda (2014), “El descenso de la fecundidad en Uruguay según el orden de nacimiento (1996-2011)”, trabajo

presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Lima, Perú.

Ríos-Neto, Eduardo and Rangel de Meireles Guimarães, Raquel (2013), “The Educational Gradient of Low Fertility in Latin America”, Paper presented at the XXVII International Population Conference, Busan, 26-31 August.

Rodríguez, Jorge (2008), “Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿una anomalía a escala mundial?”, en Rodríguez Wong, L., *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*, Serie Investigaciones N° 4, Río de Janeiro: ALAP.

____ (2011), “High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America”, paper presented at Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 21 and 22 July, New York.

____ (2014), *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*, Santiago: CEPAL.

Rodríguez, Jorge and Cavenaghi, Suzana (2013), “Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played?”, Paper presented at the XXVII International Population Conference, Busan, 26-31 August.

Rosero-Bixby, Luis; Castro-Martín, Teresa and Martín-García, Teresa (2009), “Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing?”, in Cavenaghi, S. (org.), *Demographic transformations and inequalities in Latin America*, Rio de Janeiro: ALAP.

Schkolnik, Susana y Chackiel, Juan (2004), “Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, 83:13-31.

Sedgh, Gilda; Singh, Susheela and Hussain, Rubina (2014), “Intended and unintended worldwide in 2012 and recent trends”, *Studies in Family Planning* 45(3):301-313.

Sobotka, Tomas (2004), *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe*, Amsterdam: Dutch University Press.

United Nations (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, in <<http://esa.un.org/wpp/>>, access February 15, 2015.

Zavala de Cosío, María Eugenia (1992), “La transición demográfica en América Latina y en Europa”, *Notas de Población*, Vol. 20, N° 56, Santiago: CEPAL.

Anexo

Gráfico A.1

América Latina y el Caribe, 1950-2015: evolución de la tasa global de fecundidad

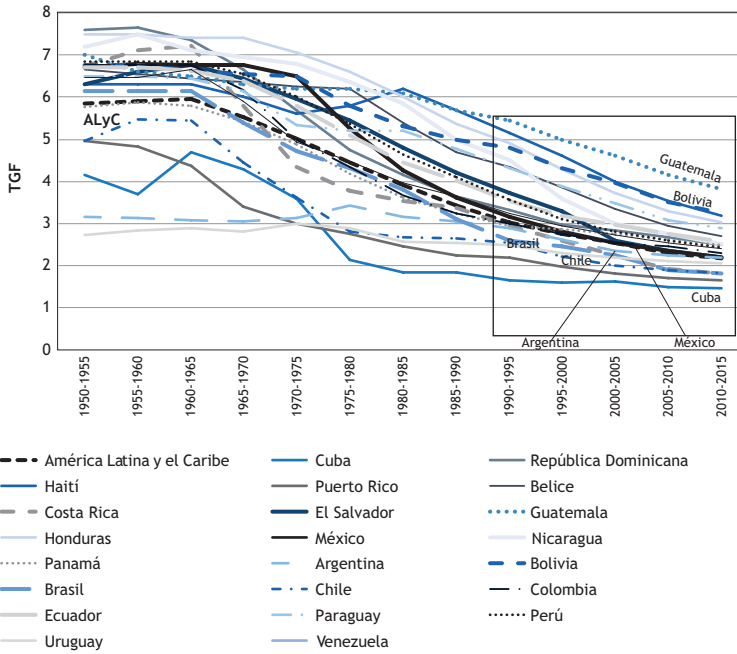
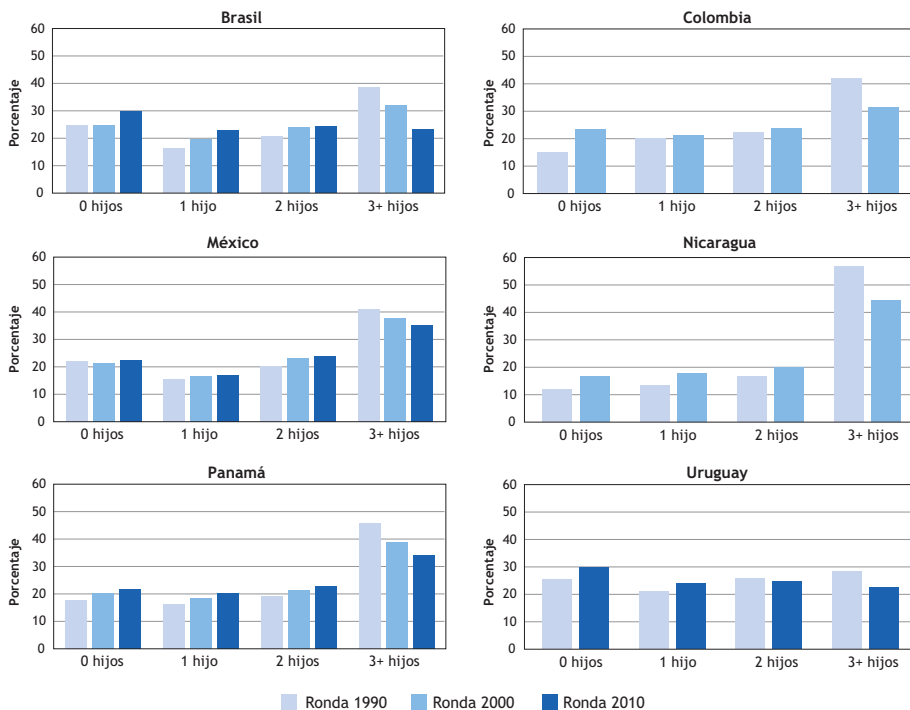
Fuente: United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Population Division, New York.

Gráfico A.2

América Latina y el Caribe, países seleccionados, rondas censales de 1990, 2000 y 2010*: porcentaje de mujeres de 20 a 49 años con 0, 1, 2 y 3 o más hijos



Fuente: Minnesota Population Center, IPUMS Internacional.

* Se consideraron las tres rondas censales en aquellos países para los que la base respectiva estaba disponible.

Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización

*Jorge Rodríguez Vignoli*¹

Resumen²

Se describen las tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente en América Latina sobre la base de los últimos datos disponibles de censos, encuestas y registros vitales. Se evalúa si el calendario temprano de la fecundidad sigue siendo un rasgo distintivo de la región, considerando una visión somera de la evolución de los determinantes próximos (en particular la iniciación sexual y el uso de la anticoncepción) y distales (especialmente el avance de la educación y la urbanización) de la fecundidad adolescente. Se estima la evolución de la desigualdad social en la maternidad adolescente y se compara con la desigualdad social que afecta a la fecundidad total. También se aborda el contexto doméstico de esta reproducción, teniendo en cuenta los indicios existentes sobre una creciente permanencia de las madres adolescentes en los hogares de origen, vinculada a un aumento de la maternidad adolescente “soltera” —en rigor, sin cohabitación con la pareja. Asimismo, se examinan las tendencias de la planificación y deseabilidad de esta maternidad, distinguiendo según la edad a la que se tuvieron los hijos. Finalmente, se alude a los compromisos regionales existentes que conciernen a este tema y se comentan de manera muy breve algunas políticas y programas nacionales recientes que apuntan a promover el ejercicio de los derechos reproductivos de los y las adolescentes.

Palabras clave: fecundidad adolescente, desigualdades, América Latina.

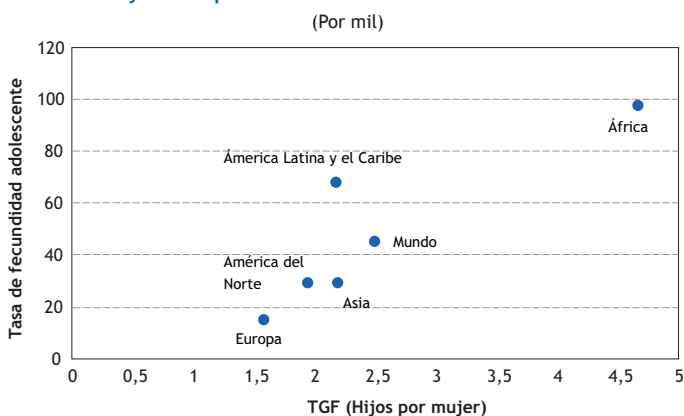
¹ CELADE-División de Población de la CEPAL (jorge.rodriguez@cepal.org).

² El autor agradece el apoyo recibido para el desarrollo de este estudio mediante el plan anual de trabajo 2014 acordado entre la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La especificidad de la fecundidad adolescente latinoamericana: mucho más alta que lo esperado

La tasa de fecundidad adolescente regional se destaca a escala mundial por ser comparativamente elevada, ya que solo el África Subsahariana registra un nivel superior (véase el gráfico 1). Además, se observa una desconexión significativa —y “anormal” respecto de otras regiones— entre la fecundidad total y la adolescente³. Específicamente, esta última es mucho más alta que la que se esperaría a la luz de la fecundidad total y de otros indicadores sociales, como los niveles educativos y los grados de urbanización de las y los adolescentes. A causa de ello, América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en la edad adolescente (véase el gráfico 2); en efecto, casi el 17% de todos los nacimientos corresponden a mujeres que tienen menos de 20 años⁴. Por esta combinación de especificidades, en diversos escenarios se ha planteado que la alta fecundidad adolescente de América Latina es una “anomalía” a escala mundial (Rodríguez, 2009), que requiere explicación y acción.

Gráfico 1
Grandes regiones del mundo, 2010-2015: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente



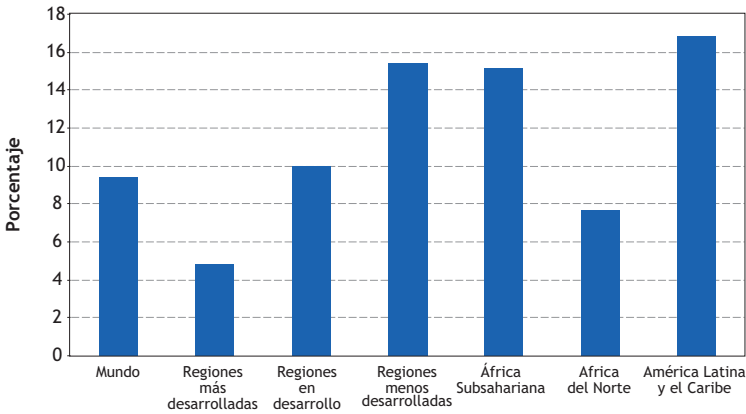
Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision* [DVD Edition].

³ Vale decir, entre la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad del grupo de edad de 15 a 19 años (o tasa de fecundidad adolescente), correlación que debería ser alta porque, entre otras razones, la segunda es componente de la primera.

⁴ Cabe recordar que este indicador está afectado por la estructura etaria de las mujeres en edad fértil, por lo que su comparación directa puede ser equívoca. Ahora bien, de acuerdo a las estimaciones vigentes de las Naciones Unidas (United Nations, 2013), en 2010 la población femenina que tenía entre 15 y 19 años representaba el 16,4% de la población femenina de 15 a 49 años a escala mundial, el 12,4% en las regiones más desarrolladas, el 17,2% en las regiones en desarrollo, el 21,8% en las menos desarrolladas, el 22,6% en el África Subsahariana, el 18,3% en África del Norte y el 16,8% en América Latina y el Caribe. Por ende, este efecto solo distorsionaría la comparación con los países desarrollados, cuya proporción de adolescentes es significativamente menor que la de América Latina y el Caribe, y eso explica parte de su menor porcentaje de nacimientos de madres adolescentes entre el total de nacimientos.

Estos rasgos, más otros que se expondrán a continuación, convierten a la fecundidad adolescente en una prioridad para las políticas públicas y también para los estudios sociales en la región. En ambos aspectos ha habido avances en los últimos años, como se presentará más adelante, pero que aún son insuficientes para una comprensión cabal del asunto y para una intervención adecuada y eficiente en la materia.

Gráfico 2
Grandes regiones del mundo, 2010-2015: porcentaje del total de nacimientos que corresponde a madres adolescentes



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision* [DVD Edition].

Respecto de tendencias, la región también sobresale en el contexto mundial por registrar el menor descenso del indicador en los últimos 20 años, después del África Subsahariana (véase el cuadro 1). Como ya se indicó, resulta paradójal que esta resistencia a la baja se haya dado en un contexto de caída intensa, generalizada y sostenida de la fecundidad total, y de un mejoramiento gradual de las condiciones de vida de la población en general, y de la de los y las adolescentes en particular, al menos en dimensiones como el acceso a servicios básicos, los indicadores de salud y la cobertura de la educación.

Numerosos investigadores alertaron sobre una tendencia al aumento de la fecundidad adolescente en varios países de la región entre mediados de la década de 1980 y principios de la de 2000 (Flórez and Núñez, 2001 y 2003; Berquó and Cavenaghi, 2005; Alí and Cleland, 2005; Varela y Fostik, 2011; Rodríguez, 2012 y 2014), lo que además de ser preocupante en sí, por las adversidades asociadas a esta fecundidad, iba a contrapelo de lo observado en otras regiones en desarrollo y de la evolución de la tasa global de fecundidad en la región, que ha tendido a bajar sostenidamente. Ahora bien, las encuestas especializadas levantadas en la década de 2000, sobre todo aquellas aplicadas después de 2005⁵, además de los censos ya divulgados de la ronda

⁵ Véase The Demographic and Health Surveys Program, en <www.measuredhs.com>.

de 2010, sugieren una modificación del escenario, pues la mayor parte de los países con datos recientes experimentaron una caída de este indicador.

Cuadro 1
Mundo según grandes regiones, 1990-2010:
evolución de la tasa de fecundidad adolescente y porcentaje de cambio

	1990	2000	2009	Cambio 1990-2000	Cambio 2000-2010	Cambio 1990-2010
Mundo	59,3	51,0	48,6	-14,0	-4,7	-18,0
África del Norte	43,1	33,2	29,2	-23,0	-12,0	-32,3
África Subsahariana	125,4	121,7	117,8	-3,0	-3,2	-6,1
América Latina y el Caribe	90,6	87,5	78,9	-3,4	-9,8	-12,9
Caribe	79,8	77,8	68,4	-2,5	-12,1	-14,3
América Latina	91,5	88,2	79,7	-3,6	-9,6	-12,9
Asia Oriental	15,3	5,8	6,0	-62,1	3,4	-60,8
Asia Septentrional	88,4	58,5	45,6	-33,8	-22,1	-48,4
Sudeste de Asia	53,7	40,4	43,2	-24,8	6,9	-19,6
Asia Occidental	62,8	50,5	48,4	-19,6	-4,2	-22,9
Asia central y Cáucaso	44,4	28,3	32,2	-36,3	13,8	-27,5
Oceanía	84,0	64,5	62,2	-23,2	-3,6	-26,0

Fuente: Naciones Unidas, *The Millennium Development Goals Report 2010*, en <<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>>, acceso 18 de febrero de 2015.

En el cuadro 2 se presenta la tasa de fecundidad adolescente, calculados con el procedimiento P/F de Brass y usando como supuesto estándar que las mujeres con respuesta “no sabe” en la pregunta sobre los hijos nacidos vivos eran nulíparas. En cinco países de siete esta tasa cayó, y en Brasil y Uruguay los descensos fueron particularmente intensos. Solamente en República Dominicana se aprecia un aumento en los dos ajustes y en Ecuador se verifica un incremento en uno de ellos. Cualquiera sea el caso, tres conclusiones, no tan halagüeñas, surgen del cuadro: a) los niveles siguen siendo muy elevados; solo en Uruguay se registran tasas cercanas al promedio mundial; b) el descenso es más bien ligero en algunos países como México; c) los cálculos están hechos con el supuesto más conservador (no respuesta se imputa a cero hijos), aunque estándar, que por definición subestima la fecundidad adolescente.

En el cuadro 3, finalmente, se presenta la evolución de la tasa específica de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años de edad), pero para un período más largo y usando las encuestas especializadas como fuente. El cuadro incluye la tasa global de fecundidad para comprobar la especificidad de la fecundidad adolescente en términos de resistencia a la disminución o, al menos, un descenso mucho menor que el de aquella. También permite introducir los indicadores de reproducción que siguen a continuación (los de maternidad adolescente) y verificar la hipótesis del desacoplamiento de las tendencias de la fecundidad adolescente, por una parte, y de la maternidad adolescente, por la otra. El cuadro presenta además el porcentaje de madres o embarazadas al momento de la encuesta para el grupo de 15 a 19 años.

Cuadro 2
América Latina y el Caribe, países seleccionados, censos de las rondas de 2000 y 2010
disponibles: tasa específica de fecundidad usando dos ajustes P/F

(Por mil)

País	Año censal	TEF (15 a 19) primer ajuste	TEF (15 a 19) segundo ajuste
Brasil	2000	93,3	93,6
	2010	70,0	70,9
Ecuador	2001	102,2	101,0
	2010	101,6	102,2
México	2000	82,2	82,3
	2010	80,2	80,9
Panamá	2000	107,1	103,9
	2010	95,9	95,4
República Dominicana	2002	108,9	109,2
	2010	114,4	116,3
Uruguay	1996	74,2	73,1
	2011	56,1	57,4
Venezuela	2001	100,5	100,8
	2011	82,9	83,1

Fuente: Microdatos censales de las rondas de 2000 y 2010 de los respectivos países disponibles en el CELADE-División de Población de la CEPAL.

Notas: Elaboración del autor sobre la base de procesamientos especiales y aplicación del método P/F.

TEF: tasa específica de fecundidad.

Ajuste 1: se usó factor de corrección K (P/F) del grupo 20-24. Ajuste 2: se usó factor de corrección K (P/F) promedio simple de los grupos 20-24 y 25-29.

Lo primero que salta a la vista es que la fecundidad total ha caído en todos los países considerados en el cuadro, y en todos ellos a un ritmo lineal superior al 1%. En cambio, solo unos pocos países registraron caídas superiores al 1% medio anual de la tasa de fecundidad adolescente, y tres de 12 presentaron un aumento de este indicador en el período de referencia —que varía entre ellos. Pero sin duda lo más relevante es que la mitad de los países registraron un aumento de la maternidad adolescente⁶. Debido a ello, a continuación se examina con más detalle la evolución de este último indicador, usando datos de todos los censos disponibles en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

⁶ De todos modos, esta observación no es tan sorprendente si se considera la discusión metodológica relativa al efecto del cambio de la paridez dentro de la adolescencia, ya que una reducción de la paridez puede implicar que baje la tasa pero no la maternidad, si la intensidad de los nacimientos de orden uno se mantiene (Rodríguez, 2009).

Cuadro 3

América Latina y el Caribe, países seleccionados, alrededor de 1990 y 2010: tasa específica de fecundidad adolescente, tasa global de fecundidad, porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta y cambio medio anual (lineal) entre dos momentos

Países	Encuesta	Fecundidad adolescente	TGF	Porcentaje de madres o embarazadas (grupo 15-19)
Bolivia	2008 DHS	88	3,5	17,9
	1989 DHS	99	5,0	17,2
Cambio		-0,6	-1,6	0,2
Brasil	2006 PNDS	83	1,8	22,3
	1986 DHS	74	3,4	13,3
Cambio		0,6	-2,4	3,4
Colombia	2010 DHS	84	2,1	19,5
	1986 DHS	73	3,2	13,6
Cambio		0,6	-1,4	1,8
Ecuador	2004 RHS	100	3,2	19,4
	1987 DHS	89	4,2	17,0
Cambio		0,7	-1,4	0,8
El Salvador	2008 RHS	89	2,5	22,8
	1985 DHS	134	4,2	26,6
Cambio		-1,5	-1,8	-0,6
Guatemala	2008-2009 RHS	98	3,6	21,8
	1987 DHS	134	5,5	22,8
Cambio		-1,2	-1,6	-0,2
Haití	2005-2006 DHS	68	3,9	14,0
	1994-1995 DHS	76	4,8	14,5
Cambio		-0,9	-1,6	-0,3
Honduras	2012 DHS	101	2,9	19,1
	ENESF-87 RHS	135	5,6	21,9
Cambio		-1,0	-1,9	-0,5
Nicaragua	2006-2007 RHS	106	2,7	25,2
	1998 DHS	130	3,6	27,0
Cambio		-1,0	-1,4	-0,4
Paraguay	2008 RHS	63	2,5	11,6
	1990 DHS	97	4,7	16,8
Cambio		-1,9	-2,6	-1,7
Perú	DHS (ENDES) 2012	64	2,6	13,2
	1986 DHS	79	4,1	12,7
Cambio		-0,7	-1,4	0,2
República Dominicana	2007 DHS	92	2,4	20,6
	1986 DHS	100	3,7	17,4
Cambio		-0,4	-1,7	0,9

Fuente: Measure DHS, Demographic and Health Surveys, en <www.measuredhs.com>, e informes de las encuestas.

Nota: En el caso de Honduras corresponde al porcentaje de madres.

Niveles y tendencia de la maternidad adolescente

Dado que la evolución de la fecundidad adolescente puede diferir de la que experimenta la maternidad adolescente, a continuación se expone y analiza esta última bajo diferentes escenarios de manejo de la “no respuesta”. En los gráficos 3 y 4 se exponen los resultados consolidados de toda América Latina y el Caribe⁷ obtenidos mediante las sumas de los valores absolutos de la población femenina total y de la que ya fue madre de las edades correspondientes⁸. Las principales conclusiones que pueden extraerse son:

- a) Los cinco escenarios regionales muestran que, luego de un aumento del porcentaje de madres adolescentes y de la probabilidad de ser madre en la adolescencia entre los censos de 1990 y 2000, se registró un descenso entre 2000 y 2010 (véase el gráfico 3)⁹.
- b) Tal comportamiento se mantiene en los cinco escenarios del gráfico 4 contruïdos con el mismo conjunto de países, por lo que esta tendencia puede considerarse robusta. Donde no coinciden completamente los escenarios regionales es en el efecto de la caída reciente de la maternidad adolescente.
- c) En la mayoría de los escenarios, incluyendo el estándar, esta caída no logra compensar el aumento previo, por lo que la maternidad adolescente actual —es decir, la registrada por los censos de la ronda de 2010— es mayor que la arrojada por los de la ronda de 1990, pero en al menos un escenario esto es al revés¹⁰.
- d) La mayor maternidad adolescente actual respecto de la de 1990 se debe sobre todo a su evolución en las edades más jóvenes, lo que añade preocupación a este hallazgo.
- e) El grupo de menores de 15 años, históricamente invisibilizado, muestra una tendencia preocupante, ya que si bien sus niveles son bajos, no caen, y está

⁷ Pueden consultarse los cuadros con los datos de cada país y su respectivo análisis en Rodríguez (2014). No se incluyeron en este texto por razones de espacio.

⁸ Esto implica que se trata de una media ponderada, por lo que su valor y tendencia están muy influidos por los dos países más poblados de la región: Brasil y México. Adicionalmente, la comparación entre las tres rondas censales no es totalmente precisa, porque los países considerados en cada una de ellas no coinciden totalmente, en particular en el caso de la ronda de 2010, para la que solo se cuenta con una docena de países, tal como se aprecia en la nota bajo el gráfico. Con todo, como las tres rondas censales incluyen los datos de Brasil y México, el efecto de los países diferentes entre ellas ha de ser entre moderado y muy bajo. De hecho, esto se verifica en el gráfico 4, que se calcula con un conjunto común de países para las tres rondas censales. Pueden consultarse los cuadros con los datos de cada país en Rodríguez (2014).

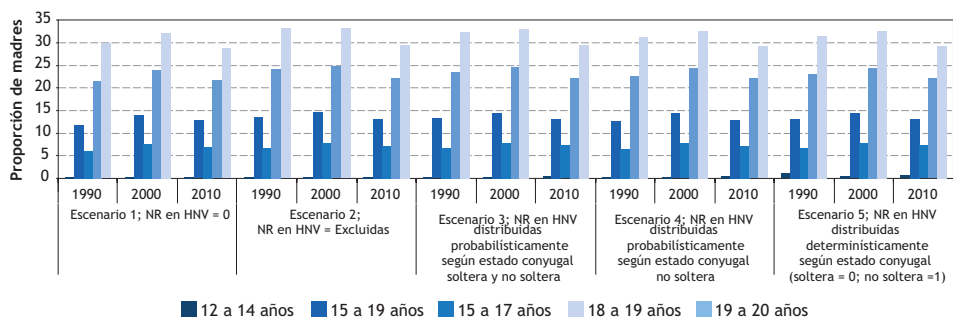
⁹ La única excepción es el escenario de exclusión de las “no respuestas” en la pregunta por los hijos nacidos vivos, en el que hay estabilidad para la probabilidad de ser madre en la adolescencia entre los censos de 1990 y 2000, y luego una caída entre los de 2000 y 2010.

¹⁰ El hecho que dicho escenario sea el de “no respuestas” en la pregunta sobre hijos nacidos vivos no es casual, y demuestra el efecto que puede tener el cambio del porcentaje de “no respuesta” a esta consulta sobre la medición intertemporal de la maternidad adolescente; es decir, la modificación del porcentaje de omisión en la pregunta por los hijos nacidos vivos distorsiona las comparaciones intertemporales de la misma forma en que lo puede hacer la reducción del subregistro de nacimientos en la tendencia de la tasa específica de fecundidad adolescente, aumentándola de manera ficticia —aunque su valor actual sea más cercano a la realidad.

bien documentado que cada uno de estos casos tiene una alta probabilidad de ser una situación extrema de exclusión y vulnerabilidad social. Además, por los altos índices de “no respuesta” a la consulta por los hijos nacidos vivos de mujeres de estas edades, la tendencia obtenida varía más fuertemente entre los escenarios de imputación.

Gráfico 3

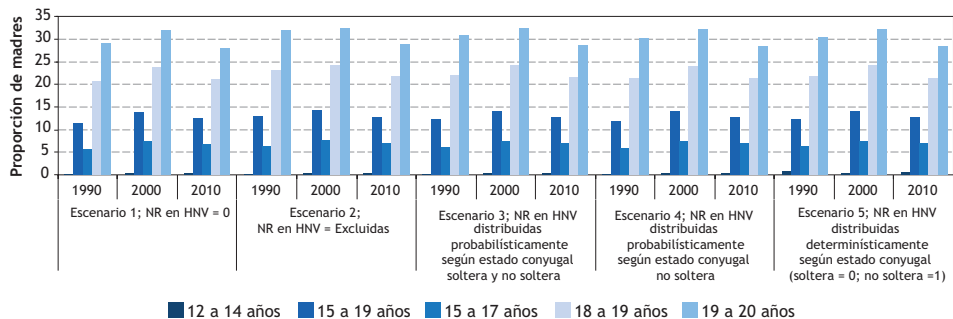
América Latina y el Caribe, censos de las rondas de 1990, 2000 y 2010: proporción de madres a diferentes edades, bajo cinco supuestos de distribución de los casos de “no respuesta” en la pregunta por hijos nacidos vivos, todos los países con censos en al menos una de las tres últimas rondas



Fuente: Censos de las rondas de 1990, 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL. Notas: Elaboración del autor basada en procesamientos especiales de microdatos censales con Redatam. *Ronda de 1990:* Argentina 1991, Bolivia 1992, Brasil 1992, Chile 1992, Colombia 1993, Costa Rica 1984, Ecuador 1990, El Salvador 1992, Guatemala 1994, Honduras 1988, México 1990, Panamá 1990, Paraguay 1992, Perú 1993, Uruguay 1985 y Venezuela 1990. *Ronda de 2000:* Argentina 2001, Bolivia 2001, Brasil 2000, Chile 2002, Colombia 2004-2005, Costa Rica 2000, Ecuador 2001, Guatemala 2002, Honduras 2001, México 2000, Panamá 2000, Paraguay 2002, República Dominicana 2002, Uruguay 1996, Venezuela 2000. *Ronda de 2010:* Bolivia 2012, Brasil 2010, Costa Rica 2011, Ecuador 2010, El Salvador 2007, México 2010, Nicaragua 2005, Panamá 2010, Perú 2007, República Dominicana 2010, Uruguay 2011, Venezuela 2011.

Gráfico 4

América Latina y el Caribe, censos de las rondas de 1990, 2000 y 2010: proporción de madres a diferentes edades, bajo cinco supuestos de distribución de los casos de “no respuesta” en la pregunta por hijos nacidos vivos, países con censos en las tres últimas rondas



Fuente: Censos de las rondas de 1990, 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL. Notas: Elaboración del autor basada en procesamientos especiales de microdatos censales con Redatam. *Ronda de 1990:* Bolivia 1992, Brasil 1992, Costa Rica 1984, Ecuador 1990, México 1990, Panamá 1990, Uruguay 1985 y Venezuela 1990. *Ronda de 2000:* Bolivia 2001, Brasil 2000, Costa Rica 2000, Ecuador 2001, México 2000, Panamá 2000, Uruguay 1996 y Venezuela 2000. *Ronda de 2010:* Bolivia 2012, Brasil 2010, Costa Rica 2011, Ecuador 2010, México 2010, Panamá 2010, Uruguay 2011 y Venezuela 2011.

La desigualdad de la reproducción adolescente

Introducción

Históricamente, la desigualdad reproductiva más conocida y estudiada ha sido la relativa a la intensidad, es decir, a las diferencias en el número de hijos tenidos por mujeres de grupos socioeconómicos o socioculturales distintos —incluidos los religiosos y étnicos (CEPAL, 2006).

Más recientemente, el foco se ha trasladado al calendario de la reproducción, en particular a la iniciación reproductiva temprana, que suele capturarse con la fecundidad o la maternidad adolescente. Este giro obedece a que la intensidad reproductiva —es decir, el número de hijos que tienen las mujeres a lo largo de su vida— ha caído de manera marcada y de forma relativamente transversal en los diferentes grupos sociales, y por ello se han reducido estas brechas¹¹; en cambio el calendario, especialmente el del primer hijo, sigue siendo bastante temprano, lo que inquieta por las adversidades que entraña tener hijos durante la adolescencia. Además, la evidencia disponible sugiere una gran desigualdad social en este comportamiento, y las especificidades sicosociales de los y las adolescentes (Robledo, 2014) parecieran hacerlos destinatarios de políticas especiales en materia de salud sexual y reproductiva, diferentes a las que han tenido éxito relativo en otras edades (Bongaarts and Cohen, 1998; Rodríguez, 2012).

Estas desigualdades no son una sana manifestación de variedad, tampoco un resultado de la heterogeneidad casual o el fruto de una diversidad inocua. Al contrario, siguen un patrón sistemático, que puede denominarse “dinámica reproductiva de la pobreza”¹², que luego retroalimenta el mismo patrón, ya que tiende a deteriorar o a presionar la situación de los grupos de menor nivel socioeconómico, lo que agudiza las desigualdades sociales iniciales. Además, estas desigualdades sugieren un ejercicio asimétrico de los derechos humanos, en particular del derecho reproductivo básico a lograr la coincidencia entre las aspiraciones y la realidad sobre el número y la oportunidad en que se tienen los hijos. Esto último se corrobora con indicadores adicionales, como aquellos relativos a las preferencias en el número de hijos —en general, más homogéneas que la cantidad de hijos efectivamente tenidos—, y de la experiencia de la fecundidad no deseada —más frecuente entre las mujeres pobres y, según datos recientes, entre las adolescentes (CEPAL, 2013). De esta manera, una reducción genuina de las desigualdades reproductivas no solo contribuiría a cerrar uno de los circuitos que retroalimentan la pobreza y la desigualdad social, sino que también favorecería la expansión de la ciudadanía y el ejercicio de los derechos.

El análisis empírico que se realiza en este artículo llena un vacío de conocimiento sobre la tendencia reciente de la desigualdad reproductiva, lo que tiene valor en sí,

¹¹ Aunque no necesariamente se han reducido las brechas relativas, lo que será objeto de análisis en este texto.

¹² Voz que se origina en la expresión “dinámica demográfica de la pobreza”.

por la importancia de esta última. Además, lo hace sobre la base de la información más reciente disponible, tanto de encuestas como de censos. Complementando este aporte, el análisis procura mostrar que las desigualdades reproductivas tienen la doble condición de ser expresión de desigualdades sociales estructurales y factores que coadyuvan a la reproducción de la desigualdad social, como se ha explicado previamente. Así, se concibe a la desigualdad reproductiva como una pieza más del escenario de la desigualdad social en América Latina, desigualdad social que es el principal problema de la región (CEPAL, 2010 y 2014).

La desigualdad de la intensidad y el calendario reproductivo según el nivel socioeconómico a partir de encuestas

En la región hay siete países para los que se cuenta con encuestas especializadas que permiten obtener indicadores de la intensidad y el calendario de la fecundidad por quintiles socioeconómicos¹³. El cuadro 4 sistematiza la evolución de la desigualdad de la tasa global de fecundidad y del porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años. De su observación surge un hecho estilizado: la desigualdad es sistemáticamente mayor en el caso del calendario reproductivo temprano. En efecto, el porcentaje de madres de 15 a 19 años del quintil socioeconómico inferior es entre tres y cuatro veces el del quintil socioeconómico superior, llegando a niveles extremos en Perú, donde es más de nueve veces mayor. En cambio, las relaciones de la tasa global de fecundidad entre quintiles socioeconómicos extremos son del orden de dos a tres veces, siempre más alta la del quintil inferior, por cierto.

Respecto de la tendencia de la desigualdad, lo primero que cabe advertir es que el resultado que se presenta en el cuadro no puede considerarse definitivo, así como tampoco incuestionable. Ocurre que el valor obtenido está influenciado por los indicadores reproductivos y de segmentación socioeconómica utilizados, por la medida de desigualdad empleada (relación entre quintiles extremos), por el período de referencia y, finalmente, al provenir de los valores de encuestas, hay un margen de incertidumbre respecto de las estimaciones, por lo que algunas de las diferencias pueden no ser estadísticamente significativas. De todas maneras, se trata de una de las pocas fuentes disponibles para el análisis de la desigualdad reproductiva en la región, por lo que cabe aprovechar al máximo esta información. Lo que sugiere el cuadro 4 es una tendencia variopinta, aunque con predominio del descenso de la desigualdad en el caso de la tasa global de fecundidad —en cinco de siete países— y del aumento de la desigualdad en el porcentaje de madres —en cuatro de siete países. En suma, de acuerdo a las encuestas, la desigualdad reproductiva sigue estando presente tanto en materia de intensidad como de calendario, pero evoluciona hacia el descenso en el primer caso y hacia el aumento en el segundo.

¹³ Se trata de los denominados “quintiles de bienestar”, que se calculan de forma estandarizada en las Demographic and Health Surveys (DHS) o Encuestas de Demografía y Salud (ENDESA), y que en algunos casos también se han calculado para las International Reproductive Health Surveys (IRHS) o Encuestas Internacionales de Salud Reproductiva (EISR). Para más detalles, véase <www.measuredhs.com>.

Cuadro 4

América Latina, países seleccionados¹, alrededor de 1990 a 2010: desigualdad socioeconómica** de la tasa global de fecundidad y del porcentaje de madres

Países	Año de la encuesta	Desigualdad en TGF (Q1/Q5)	Desigualdad en porcentaje de madres
Bolivia	1994	3,0	3,7
	2008	3,3	4,8
Colombia	1990	2,9	4,9
	2010	2,3	4,3
Haití	2000	2,5	2,1
	2012	3,0	3,3
Honduras	2005	2,7	3,4
	2011	2,3	3,6
Nicaragua	1998	3,5	3,2
	2006/2007	1,7	2,8
Perú	1996	3,9	9,2
	2012	2,4	9,3
República Dominicana	1996	2,4	5,9
	2007	2,2	5,4

Fuente: The Demographic and Health Surveys Program, en <www.measuredhs.com>.

Notas: Elaboración del autor basada en datos obtenidos mediante procesamiento en línea con StatCompiler.

¹ Se consideraron países con dos o más encuestas especializadas en el período de referencia.

** Relación entre quintiles socioeconómicos extremos.

La desigualdad de la intensidad y el calendario de la fecundidad según la zona de residencia a partir de los censos

En el cuadro 5 se sintetizan los resultados de procesamientos de los microdatos censales de siete países que cuentan con la base del censo de la ronda de 2010 y que tienen un relevamiento censal de la ronda de 2000, para efectos comparativos¹⁴. Los resultados corresponden a estimaciones de la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad —presentada en formato original, sin expresar por mil— y de la tasa global de fecundidad. Se exponen para los dos ajustes sugeridos por la literatura especializada, aunque la mera inspección de los valores permite concluir que no hay grandes diferencias entre los resultados de uno y otro.

¹⁴ Se excluyó a Costa Rica porque su censo no contiene las preguntas necesarias para aplicar el procedimiento de estimación indirecta de la fecundidad usado en este texto (P/F de Brass, con dos modalidades de ajuste). Para más detalles sobre el procedimiento, véanse United Nations (1986); Welti (1997 y 1998) y Moultrie *et al.* (2013).

Cuadro 5
América Latina, países seleccionados, censos de las rondas de 2000 y 2010: niveles de la tasa global de fecundidad y de la tasa específica de fecundidad adolescente según zona de residencia y desigualdad entre zona rural y urbana

Países	Año censal	Área de residencia	TEF	TEF	TGF 1°	TGF 2°	TEF	TEF	TGF 1°	TGF 2°
			(15 a 19) 1° ajuste	(15 a 19) 2° ajuste	ajuste	ajuste	(15 a 19) 1° ajuste	(15 a 19) 2° ajuste	ajuste	ajuste
Brasil	2000	Urbana	0,086	0,087	2,2	2,2	1,48	1,46	1,6	1,58
		Rural	0,127	0,127	3,5	3,4	SUBIÓ	SUBIÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,093	0,094	2,4	2,4				
	2010	Urbana	0,064	0,065	1,8	1,8	1,61	1,63	1,45	1,47
		Rural	0,104	0,106	2,6	2,7	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,070	0,071	1,9	1,9				
Ecuador	2001	Urbana	0,091	0,090	2,7	2,7	1,35	1,35	1,47	1,48
		Rural	0,123	0,121	4,0	4,0	SUBIÓ	SUBIÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,102	0,101	3,2	3,1				
	2010	Urbana	0,090	0,090	2,6	2,6	1,37	1,38	1,28	1,29
		Rural	0,123	0,124	3,3	3,3	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,102	0,102	2,8	2,8				
México	2000	Urbana	0,073	0,073	2,7	2,7	1,5	1,54	1,53	1,57
		Rural	0,110	0,112	4,1	4,2	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,082	0,082	3,0	3,0				
	2010	Urbana	0,075	0,075	2,3	2,3	1,3	1,32	1,39	1,41
		Rural	0,097	0,099	3,2	3,2	LA DESIGUALDAD ES MENOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,080	0,081	2,5	2,5				
Panamá	2000	Urbana	0,079	0,076	2,7	2,6	2,04	2,07	1,69	1,72
		Rural	0,162	0,158	4,5	4,4	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,107	0,104	3,2	3,2				
	2010	Urbana	0,074	0,074	2,3	2,3	1,90	1,92	1,62	1,63
		Rural	0,142	0,142	3,8	3,8	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,096	0,095	2,8	2,8				
República Dominicana	2002	Urbana	0,095	0,095	2,7	2,7	1,46	1,45	1,22	1,21
		Rural	0,138	0,138	3,3	3,3	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,109	0,109	2,9	2,9				
	2010	Urbana	0,105	0,107	2,5	2,6	1,38	1,38	1,21	1,21
		Rural	0,145	0,147	3,1	3,1	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,114	0,116	2,7	2,7				
Uruguay	1996	Urbana	0,073	0,072	2,6	2,5	1,23	1,22	1,22	1,21
		Rural	0,090	0,088	3,1	3,1	SUBIÓ	SUBIÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,074	0,073	2,6	2,6				
	2011	Urbana	0,055	0,057	2,0	2,0	1,30	1,29	1,14	1,14
		Rural	0,072	0,073	2,2	2,3	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,056	0,057	2,0	2,0				
Venezuela	2001	Urbana	0,093	0,093	2,6	2,6	1,89	1,87	1,59	1,57
		Rural	0,175	0,174	4,1	4,1	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ	BAJÓ
		Total	0,101	0,101	2,7	2,7				
	2011	Urbana	0,078	0,078	2,1	2,2	1,61	1,62	1,42	1,42
		Rural	0,126	0,127	3,0	3,1	LA DESIGUALDAD ES MAYOR EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE			
		Total	0,083	0,083	2,2	2,2				

Fuente: Censos de las rondas de 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL.

Nota: Elaboración del autor basada en procesamientos especiales de microdatos censales con Redatam.

La variable de segmentación usada es la dicotomía urbano-rural, tal como se define en los censos. Como se ha comentado en otros textos (CEPAL, 2012), se trata de una distinción crecientemente cuestionada por razones teóricas, pero que en la práctica mantiene validez porque aún hay diferencias sistemáticas y significativas de las condiciones de vida entre ambas zonas. Por ello, se espera que también persistan las desigualdades reproductivas, en términos de una fecundidad más intensa y más temprana en el ámbito rural¹⁵.

Los datos del cuadro 5 confirman esta hipótesis, pues sin excepción la fecundidad es más alta y más temprana en el campo. Las diferencias actuales se mueven entre un 30% (Uruguay) y un 90% (Panamá) en el caso de la fecundidad adolescente, y entre un 10% (Uruguay) y un 60% (Panamá) en el de la tasa global de fecundidad. Es decir, la desigualdad según la zona de residencia es más marcada en el caso del calendario temprano de la fecundidad. Ahora bien, el principal hallazgo del cuadro es el contrapunto entre la tendencia descendente de la desigualdad de la tasa global de fecundidad y la tendencia mucho más heterogénea de la desigualdad de la tasa específica, que muestra tres países de siete con alzas. En suma, la desigualdad reproductiva sigue expresándose territorialmente, en este caso de acuerdo a la distinción urbano-rural. Si bien esta tasa está bajando en lo que se refiere a la intensidad reproductiva, no acontece lo mismo con el calendario temprano, por cuanto varios países muestran un aumento de la desigualdad urbano-rural en este componente de la trayectoria reproductiva.

La desigualdad de la maternidad adolescente según el nivel educativo y la zona de residencia

El cuadro 6 sintetiza una gran cantidad de información y ofrece un cúmulo de evidencia relevante para el análisis de la desigualdad del calendario reproductivo según la educación, variable que, pese a sus limitaciones metodológicas para el análisis de la desigualdad efectuado en este texto, sigue teniendo una gran importancia en términos conceptuales y de política.

En este cuadro se incluyen tanto los valores como la desigualdad social que afecta al indicador. Una primera cifra corresponde a la probabilidad de ser madre en la adolescencia sin distingos socioeconómicos, y respecto de ella se aprecia un descenso generalizado entre 2000 y 2010, coincidente con lo expuesto en la sección sobre tendencias recientes de la reproducción en la adolescencia. Con todo, en dos países de siete (Ecuador y República Dominicana) hay un aumento, y en uno se aprecia estabilidad (México). De cualquier manera, este valor nacional muestra que entre un 22,3% (Uruguay) y un 39,8% (República Dominicana) de las muchachas son madres durante la adolescencia.

¹⁵ No cabe deducir de allí ninguna causalidad, ya que este mayor nivel puede responder a diferentes estructuras de los determinantes sociales de la fecundidad. Solo si se controlan estos determinantes —educación, participación laboral femenina, origen étnico, entre otros— y persiste la desigualdad podría plantearse que las condiciones de existencia y el modo de vida rural se asocian a una fecundidad más alta y más temprana.

Cuando se diferencia por nivel educativo, se advierte que en todos los países más de la mitad de las muchachas con bajo nivel de escolaridad son madres durante la adolescencia, porcentaje que supera el 70% en el caso de República Dominicana y se eleva hasta un 73% en la zona rural del mismo país. Como contrapartida, las que ingresan a la educación superior tienen probabilidades sensiblemente más bajas de ser madres durante esta etapa de la vida, que oscilan entre un 12% en República Dominicana y un 3% en Uruguay.

Una inspección más detallada del cuadro revela un hallazgo que debiera preocupar: el descenso de la probabilidad a escala nacional no se reproduce cuando se controla la educación. De hecho, al comparar el cambio de la probabilidad de ser madre durante la adolescencia según categorías educativas se aprecia un aumento en la mayor parte de los países. ¿Por qué baja, entonces, la probabilidad agregada? Simplemente por un efecto de composición, es decir, por el cambio de la estructura educativa de las mujeres de 19 y 20 años, cuya participación en la educación intermedia y superior aumentó significativamente entre 2000 y 2010.

Por su parte, ¿qué ocurre con la desigualdad? Baja en la mayoría de los países, aunque en varios de ellos se debe a un aumento relativo mayor de la maternidad en el grupo de más educación. Esto último puede deberse justamente al aumento de la representación social de este grupo, el que tiende a masificarse y, por lo mismo, ahora representa a un sector social más amplio que en el pasado. También puede obedecer a políticas públicas que han facilitado la continuación de estudios escolares y universitarios a las madres adolescentes. En fin, como se indicó al inicio de este apartado, utilizar la educación como variable de segmentación social de la reproducción temprana tiene varias ventajas conceptuales y de política, ya que hay abundante teoría para explicar la relación y los gobiernos pueden usar la educación para incidir sobre la reproducción temprana. Pero tiene desventajas metodológicas, sobre todo por el cambio de significado social de los grupos y la existencia de causalidad inversa y endogeneidad: la baja probabilidad de ser madre adolescente entre las jóvenes con educación superior se debe, en parte, a que llegar a ese nivel educativo a los 20 años es muy difícil habiendo sido madre antes de esa edad, aunque como se planteó, hay políticas públicas que pueden modificar al menos parcialmente esta obstaculización.

A causa de estas limitaciones, en los próximos acápite se usarán variables de segmentación socioeconómica que tienen menor riesgo de causalidad inversa —aunque este no se elimina—, y sobre todo, tienen el atributo de mantener constante en el tiempo el peso relativo de cada categoría o grupo. Se trata de los quintiles socioeconómicos, elaborados mediante un procedimiento similar al empleado en la publicación institucional de la CEPAL *Panorama social de América Latina 2005* (CEPAL, 2006), pero esta vez excluyendo la variable “educación” y en compensación incluyendo la de “hacinamiento” —se mantiene la variable “equipamiento en el hogar”¹⁶.

¹⁶ Para más detalles, véase el anexo metodológico de Rodríguez (2014).

Cuadro 6
América Latina, países seleccionados, censos de las rondas de 2000 y 2010:
porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad según nivel educativo
y zona de residencia, y desigualdad educativa*

País	Nivel educativo	2000				2010			
		Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional**	Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional**
Brasil	Hasta primaria completa	53,5	48,4	52,1	31,8	48,7	53,3	49,8	25,5
	Educación intermedia	18,4	14,4	18,1		21,4	21,3	21,4	
	Ingresa a educación superior	3,5	4,4	3,6		3,5	5,1	3,6	
	Desigualdad	15,1	11,0	14,6		13,9	10,5	13,9	
Costa Rica	Hasta primaria completa	49,0	52,0	50,7	32,3	50,6	54,1	52,1	25,8
	Educación intermedia	24,9	27,7	25,7		24,4	27,0	25,1	
	Ingresa a educación superior	5,1	5,7	5,2		5,4	7,5	5,7	
	Desigualdad	9,6	9,2	9,7		9,5	7,2	9,1	
Ecuador	Hasta primaria completa	51,4	51,9	51,7	37,8	60,4	59,7	60,0	38,3
	Educación intermedia	38,4	35,9	37,8		45,6	43,9	45,0	
	Ingresa a educación superior	7,9	7,5	7,8		11,4	11,6	11,5	
	Desigualdad	6,5	6,9	6,6		5,3	5,2	5,2	
México	Hasta primaria completa	47,9	47,1	47,6	31,8	54,6	50,6	52,8	31,7
	Educación intermedia	28,8	29,3	28,9		33,7	34,5	33,9	
	Ingresa a educación superior	3,7	4,7	3,7		4,2	4,4	4,2	
	Desigualdad	13,0	10,0	12,8		13,0	11,6	12,6	
Panamá	Hasta primaria completa	55,7	68,6	64,3	38,4	56,3	68,5	64,6	34,7
	Educación intermedia	34,5	39,3	35,6		31,6	40,3	33,9	
	Ingresa a educación superior	6,9	7,3	6,9		7,4	8,8	7,7	
	Desigualdad	8,1	9,4	9,3		7,6	7,8	8,4	
Rep. Dominicana	Hasta primaria completa	57,8	61,0	59,3	35,4	69,7	73,2	70,9	39,8
	Educación intermedia	30,7	33,7	31,6		42,5	44,5	43,0	
	Ingresa a educación superior	9,5	12,4	10,1		11,7	14,9	12,2	
	Desigualdad	6,1	4,9	5,9		5,9	4,9	5,8	
Uruguay	Hasta primaria completa	51,6	44,9	50,6	28,0	54,4	44,6	53,5	22,3
	Educación intermedia	25,5	31,4	25,8		29,0	30,5	29,1	
	Ingresa a educación superior	4,8	5,4	4,8		3,1	4,6	3,1	
	Desigualdad	10,7	8,3	10,5		17,8	9,7	17,3	

Fuente: Censos de las rondas de 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL.

Notas: Elaboración del autor basada en procesamientos especiales de microdatos censales con Redatam.

* Relación entre grupos educativos extremos.

** Solo casos clasificados en categorías educativas.

La desigualdad socioeconómica y la reproducción: intensidad y calendario de la fecundidad usando quintiles socioeconómicos de censos y encuestas especializadas

En los gráficos 5 y 6 se presenta la evolución de la desigualdad socioeconómica de la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad) entre los censos de las rondas de 2000 y 2010. La variable de segmen-

tación usada corresponde a un índice *ad hoc* de nivel socioeconómico (Rodríguez, 2014) cuya distribución puede ser “quintilizada”, logrando con ello evitar un problema importante que afecta al análisis de la desigualdad educativa: el cambio en el tiempo del peso estadístico y la significación social de las categorías educativas. La desigualdad se mide como la relación entre los valores de la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad adolescente de los quintiles de menor y mayor nivel socioeconómico, respectivamente.

Dos hallazgos surgen de los gráficos, que en general se encuentran en línea con los obtenidos previamente considerando la desigualdad educativa. El primero es que la desigualdad es mayor en el caso de la fecundidad adolescente que en el de la tasa global de fecundidad. Lo anterior es mucho más marcado en el ámbito urbano, donde son pocos los países en los que la fecundidad total del quintil inferior dobla a la del quintil superior; en cambio, en todos los países la fecundidad adolescente del quintil inferior al menos cuadruplica la del superior. Y el segundo es que mientras la desigualdad de la fecundidad total cae de forma generalizada, y más marcada en las zonas rurales, la fecundidad adolescente presenta un panorama mucho más diverso, con aumento en algunos países, estabilidad y disminución en otros. Este último hallazgo ratifica lo observado con la variable “educación”, pero ahora sin que el efecto exógeno del cambio de estructura socioeconómica en el tiempo intervenga, por tratarse de quintiles socioeconómicos.

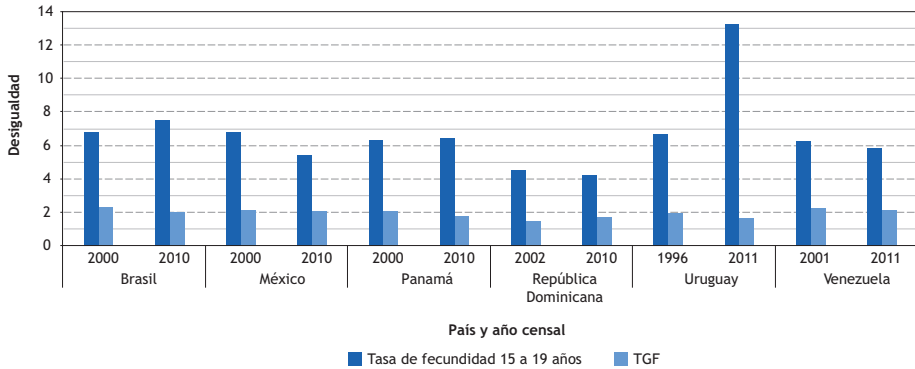
Finalmente, en el gráfico 7 se presentan datos de encuestas especializadas que permiten examinar la desigualdad de la intensidad y el calendario reproductivos y su evolución según quintiles socioeconómicos¹⁷ en un conjunto de países diferentes de los expuestos en los gráficos 5 y 6¹⁸. Por razones de representatividad muestral se usa el porcentaje de madres del grupo de 15 a 19 años de edad como indicador del calendario reproductivo, y no la tasa específica de fecundidad adolescente. Los valores de este gráfico ratifican la mayor desigualdad de la maternidad adolescente en comparación con la tasa global de fecundidad y muestran un predominio del aumento de esta desigualdad en el caso del porcentaje de madres —sube en cuatro y cae en tres países—, mientras que en el de la tasa global de fecundidad predomina la reducción de la desigualdad —disminuye en cinco y sube en dos—, lo que concuerda con las otras fuentes usadas en este texto.

¹⁷ Estas encuestas usan una metodología propia, similar a la empleada con los censos en este documento, pero cuyos ponderadores provienen de un análisis de componentes principales y no del índice de escasez de los bienes, para generar una variable socioeconómica cuantitativa que luego se presenta bajo el formato de “quintiles de bienestar”. Una diferencia de esta metodología es que no se calcula de manera separada para zona urbana y rural, por lo que los datos se presentan combinados. Para más detalles, véase “Wealth index”, en <www.measuredhs.com/topics/Wealth-Index.cfm>, acceso 18 de febrero de 2015.

¹⁸ Salvo el caso de República Dominicana, que está incluido en los gráficos 5 y 6.

Gráfico 5

América Latina, países seleccionados, censos de las rondas de 2000 y 2010: desigualdad socioeconómica¹ de la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad), áreas urbanas



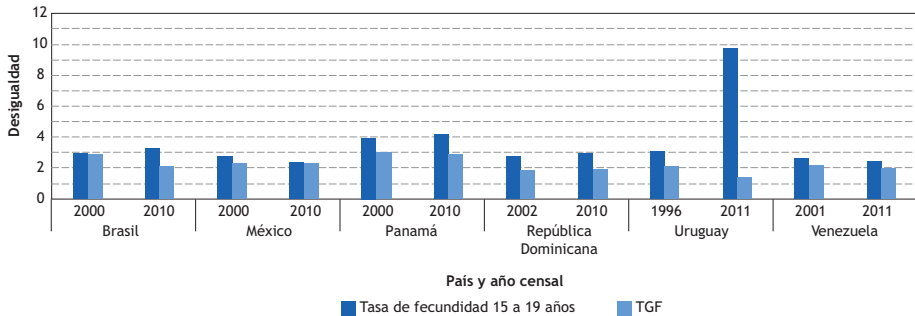
Fuente: Censos de las rondas de 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL.

Notas: Estimación indirecta (P/F de Brass) y quintiles socioeconómicos de hogares construidos específicamente para la zona urbana, sobre la base de las variables de equipamiento del hogar y hacinamiento (para más detalles, véase el anexo metodológico de Rodríguez, 2014).

¹Relación entre los quintiles socioeconómicos urbanos extremos, es decir, quintil 1 (el de menor nivel socioeconómico) y quintil 5 (el de mayor nivel socioeconómico).

Gráfico 6

América Latina, países seleccionados, censos de las rondas de 2000 y 2010: desigualdad socioeconómica¹ de la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad), áreas rurales



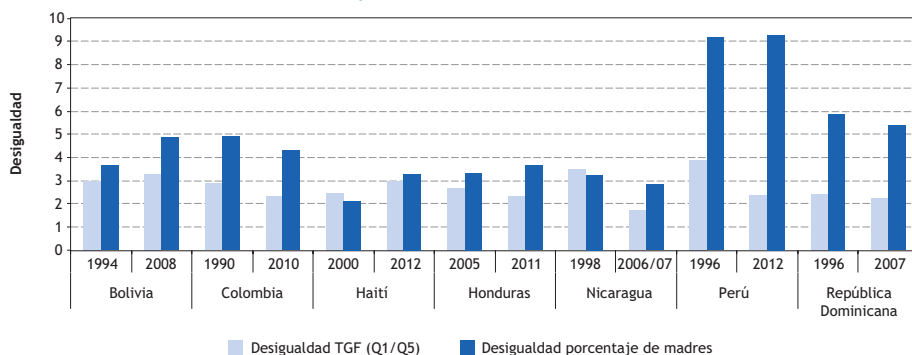
Fuente: Censos de las rondas de 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL.

Notas: Estimación indirecta (P/F de Brass) y quintiles socioeconómicos de hogares construidos específicamente para la zona rural, sobre la base de las variables de equipamiento del hogar y hacinamiento (para más detalles, véase el anexo metodológico de Rodríguez, 2014).

¹Relación entre los quintiles socioeconómicos rurales extremos, es decir, quintil 1 (el de menor nivel socioeconómico) y quintil 5 (el de mayor nivel socioeconómico).

Gráfico 7

América Latina, países seleccionados*, alrededor de 2000 y 2010: desigualdad socioeconómica** de la tasa global de fecundidad y del porcentaje de madres entre mujeres de 15 a 19 años de edad



Fuente: Measure DHS, Demographic and Health Surveys, en <www.measuredhs.com>.

* Países con dos encuestas especializadas disponibles.

** Relación entre quintiles socioeconómicos extremos.

Las variables intermedias

En esta sección se examinan los determinantes próximos de la fecundidad de los adolescentes a partir del enfoque conceptual y los métodos desarrollados por Davis and Blake (1956) sobre los determinantes directos e indirectos de la fecundidad, seguido por la formalización de Bongaarts (1978) y la revisión posterior de su modelo realizada por Stover (1998) (Rodríguez, 2013). Este marco conceptual puede ser usado para estudiar los determinantes próximos de la fecundidad adolescente, pero requiere importantes adaptaciones y métodos más elaborados que los que se emplean para otros grupos de edad. Los determinantes próximos de la fecundidad de las adolescentes son esencialmente el comienzo de la menstruación (edad de la menarquia), la exposición a la actividad sexual, el uso de la anticoncepción y el aborto.

Hay consenso en que la primera menstruación se estaría adelantando en la región —aunque existen pocos datos “duros” al respecto— (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011; Rodríguez, 2009), lo que aumenta el período de exposición al riesgo de la fecundidad adolescente. Pero dado que en el pasado la menarquia acontecía, en promedio, alrededor de los 14 años, su inicio más temprano tendría efectos directos menores sobre la fecundidad entre los 15 y los 19 años.

Un cambio fundamental realizado al modelo de Bongaarts por Stover se refiere al uso de la actividad sexual en lugar del matrimonio para indicar la exposición al embarazo. Este cambio es importante porque la actividad sexual premarital se ha vuelto más frecuente, lo que aumenta la probabilidad de la reproducción temprana sin una unión anterior (Alí y Cleland, 2005; Bozón, 2003). Esto no significa necesariamente que la mayoría de los embarazos o nacimientos de madres adolescentes sean el resultado

de relaciones sexuales casuales. Por el contrario, los nacimientos surgidos de este tipo de relaciones son raros en la adolescencia, la mayor parte de las madres de este grupo etario tiene como pareja al padre del bebé —aunque no viva con él—, y la unión temprana sigue siendo un factor altamente asociado a la reproducción temprana —aunque a veces la relación es de causalidad inversa. Pero sí significa que una fracción creciente de la exposición al riesgo de ser madre adolescente acontece al margen de una unión en el sentido demográfico —es decir, con cohabitación y actividad sexual—, y por ende el análisis de las variables intermedias de la fecundidad adolescente debe prestar cada vez más atención a la evolución de la actividad sexual en esta etapa del ciclo vital, cualquiera sea el contexto nupcial en que se produzca.

La actividad sexual, como determinante próximo, puede ser dividida en la edad de la iniciación sexual, que es crucial en el caso de los adolescentes, y la frecuencia de las relaciones sexuales. La edad de iniciación puede determinarse con una simple pregunta en una encuesta especializada, aunque hay sesgos de diferente tipo que pueden afectar las respuestas a esta consulta. La frecuencia de las relaciones sexuales, sin embargo, resulta más difícil de medir, debido a que las encuestas especializadas no proporcionan un registro completo de la actividad sexual. Dicho esto, una pregunta sobre la actividad sexual durante un período reciente de tiempo determinado puede dar una indicación de esta frecuencia. Alí y Cleland (2005) desarrollaron un método para convertir los datos de una pregunta de este tipo en las estimaciones de la frecuencia del coito anual, aunque hay dudas sobre la fiabilidad de esas estimaciones. En consecuencia, en este documento se utiliza simplemente la edad de la iniciación sexual como indicador de la actividad sexual.

Como se muestra en el cuadro 7, en casi todos los países de la región la iniciación sexual se está adelantando —se colorearon en azul claro los países donde la iniciación sexual se adelanta y en azul oscuro donde se atrasa. En el grupo de mujeres que tenían de 15 a 19 años al momento de la encuesta creció la proporción que ha tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y se redujo la de las que no han tenido actividad sexual¹⁹. De la docena de países de la región con datos disponibles, en 10 se verificó esta anticipación del primer coito, lo que supone un aumento del riesgo de embarazo durante la adolescencia. Se trata de un primer factor a considerar en el diagnóstico sobre las causas de la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente en la región y también en las políticas para influir sobre ella en el futuro.

La evidencia sugiere un patrón distinto de la unión respecto de la iniciación sexual, pero no tanto como se podría esperar. En efecto, hasta hace algunos años se daba por descontado que en la región la nupcialidad iba a evolucionar en línea con lo observado en los países desarrollados, y tarde o temprano se iba a asimilar el patrón de postergación de la unión asociado a la segunda transición demográfica. Aunque

¹⁹ No se usa la edad media de la iniciación sexual por los problemas de interpretación que tiene al calcularse solo con las iniciadas sexualmente (Irala *et al.*, 2011), y además no se emplea la edad mediana porque para varios países, sobre todo en el pasado, no se alcanza en el grupo de interés (15 a 19 años).

algunos indicadores sugieren que hay una tendencia promedio hacia la postergación nupcial —como la edad media de la primera unión, el *SMAM* (*singulate mean age at marriage*) o incluso la proporción de nunca unidas hacia la edad 30—, en promedio la iniciación nupcial aún acontece a edades tempranas en comparación con los países industrializados, y sobre todo parece haber un núcleo duro de iniciación nupcial temprana íntimamente relacionado al núcleo duro de la iniciación reproductiva temprana. Este escenario se expone en el cuadro 8, en el que se advierte un predominio del color azul oscuro —es decir, el atraso de la iniciación nupcial—, pero también se verifica que el color azul claro no es infrecuente. Esta peculiaridad del patrón nupcial latinoamericano ha sido destacada por varios autores (por ejemplo, Fusell and Palloni, 2004), y si bien es objeto de debate, ha sido ratificada recientemente por estudios comparativos con datos novedosos y que además muestran las desigualdades sociales tras el núcleo duro de la iniciación nupcial (Esteve, García-Román and Lesthaeghe, 2012).

Cuadro 7
América Latina, países seleccionados, alrededor de 1980 a 2010:
porcentaje de mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente antes de los 15 años
y porcentaje de no iniciadas del mismo grupo de edad

País	15 años	No iniciadas	País	15 años	No iniciadas
Bolivia 2008	7,3	70	Guatemala 2002	7,3	76,6
Bolivia 1989	5,1	74,7	Guatemala 1987	9,3	71
Cambio absoluto 1989-2008	2,2	-4,7	Cambio absoluto 1987-2002	-2	5,6
Cambio relativo 1989-2008	43,1	-6,3	Cambio relativo 1987-2002	-21,5	7,9
Brasil 1996	11,5	67,2	Haití 2012	14	58,7
Brasil 1986	5,3	80,2	Haití 1994-1995	8,4	71
Cambio absoluto 1986-1996	6,2	-13,0	Cambio absoluto 1994-2012	5,6	-12,3
Cambio relativo 1986-1996	117,0	-16,2	Cambio absoluto 1994-2012	66,7	-17,3
Colombia 2010	13,5	50	Honduras 2011-2012	12,1	61,2
Colombia 1986	4,3	79,8	Honduras 2005-2006	9,8	68,5
Cambio absoluto 1986-2010	9,2	-29,8	Cambio absoluto 2005-2012	2,3	-7,3
Cambio relativo 1986-2010	214,0	-37,3	Cambio absoluto 2005-2012	23,5	-10,7
República Dominicana 2007	14	61,6	Nicaragua 2001	10,9	65,1
República Dominicana 1986	7,2	75,8	Nicaragua 1998	12,2	63,7
Cambio absoluto 1986-2007	6,8	-14,2	Cambio absoluto 1998-2001	-1,3	1,4
Cambio relativo 1986-2007	94,4	-18,7	Cambio absoluto 1998-2001	-10,7	2,2
Ecuador 2004	7	73,3	Perú 2012	6	70,8
Ecuador 1987	6,5	77,4	Perú 1986	5,2	82,2
Cambio absoluto 1987-2004	0,5	-4,1	Cambio absoluto 1986-2012	0,8	-11,4
Cambio relativo 1987-2004	7,7	-5,3	Cambio absoluto 1986-2012	15,4	-13,9
El Salvador 2002-2003	11,6	67,6			
El Salvador 1985	8,1	67,8			
Cambio absoluto 1985-2003	3,5	-0,2			
Cambio relativo 1985-2003	43,2	-0,3			

Fuente: Measure DHS, Demographic and Health Surveys, en <www.measuredhs.com>, procesamiento con StatCompiler, e informes de las encuestas.

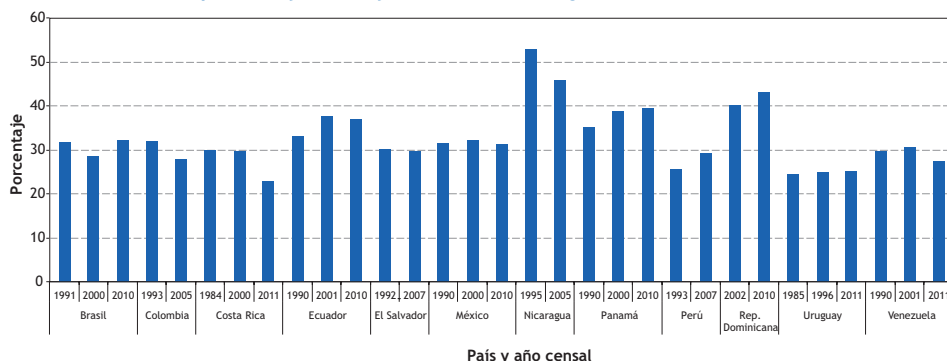
De hecho, en el gráfico 8 se exponen datos originales basados en el procesamiento de censos que revelan que la región aún no logra reducir la unión durante la adolescencia. Sorprendentemente, son más los países en los que la prevalencia de la unión al finalizar la adolescencia (19 años) aumentó que aquellos en los que se redujo. Y como ya se explicó, pese a la creciente separación entre la actividad sexual y la unión —en general y también en la adolescencia—, la unión sigue siendo un evento estrechamente relacionado con la reproducción —también en esta etapa de la vida—, como se mostrará más adelante en este texto.

Cuadro 8
América Latina, países seleccionados, alrededor de 1980 a 2010:
porcentaje de mujeres de 15 a 19 años unidas antes de los 15 años
y porcentaje de no unidas del mismo grupo de edad

País	15 años	Nunca unidas	País	15 años	Nunca unidas
Bolivia 2008	2,5	85,3	Guatemala 2002	5,7	80,2
Bolivia 1989	1,8	85,7	Guatemala 1987	7,4	73,8
Cambio absoluto 1989-2008	0,7	-0,4	Cambio absoluto 1987-2002	-1,7	6,4
Cambio relativo 1989-2008	38,9	-0,5	Cambio relativo 1987-2002	-23,0	8,7
Brasil 1996	4,3	83,2	Haití 2012	2,5	86,8
Brasil 1986	2,6	85,3	Haití 1994-1995	3	83,1
Cambio absoluto 1986-1996	1,7	-2,1	Cambio absoluto 1994-2012	-0,5	3,7
Cambio relativo 1986-1996	65,4	-2,5	Cambio absoluto 1994-2012	-16,7	4,5
Colombia 2010	4	82,9	Honduras 2011-2012	8,1	72,7
Colombia 1986	2,5	85,8	Honduras 2005-2006	7	75,2
Cambio absoluto 1986-2010	1,5	-2,9	Cambio absoluto 2005-2012	1,1	-2,5
Cambio relativo 1986-2010	60,0	-3,4	Cambio absoluto 2005-2012	15,7	-3,3
República Dominicana 2007	9,6	73,4	Nicaragua 2001	9,4	69,6
República Dominicana 1986	5,7	78,2	Nicaragua 1998	13,1	65,7
Cambio absoluto 1986-2007	3,9	-4,8	Cambio absoluto 1998-2001	-3,7	3,9
Cambio relativo 1986-2007	68,4	-6,1	Cambio absoluto 1998-2001	-28,2	5,9
Ecuador 2004	3,4	82,3	Paraguay 2004	1,5	86,8
Ecuador 1987	4,4	80,8	Paraguay 1990	2,7	84,6
Cambio absoluto 1987-2004	-1,0	1,5	Cambio absoluto 1990-2004	-1,2	2,2
Cambio relativo 1987-2004	-22,7	1,9	Cambio relativo 1990-2004	-44,4	2,6
El Salvador 2002-2003	5,4	78,2	Perú 2012	1,9	87,3
El Salvador 1985	7	70	Perú 1986	2,4	87,2
Cambio absoluto 1985-2003	-1,6	8,2	Cambio absoluto 1986-2012	-0,5	0,1
Cambio relativo 1985-2003	-22,9	11,7	Cambio absoluto 1986-2012	-20,8	0,1

Fuente: Measure DHS, Demographic and Health Surveys, en <www.measuredhs.com>, procesamiento con StatCompiler, e informes de las encuestas.

Gráfico 8
América Latina, países seleccionados, rondas censales de 1990, 2000 y 2010:
porcentaje de mujeres de 19 años alguna vez unidas



Fuente: Censos de las rondas de 1990, 2000 y 2010 de los países respectivos disponibles en el CELADE-CEPAL.
Notas: Cálculos del autor, basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales con Redatam.

“Algunas vez unidas” incluye a casadas, unidas, separadas, divorciadas y viudas. Por tratarse de datos censales, hay solteras que podrían haber estado unidas previamente, pero en este cálculo no se procura identificar tales casos y las solteras se consideran como “nunca unidas”.

La tercera variable intermedia relevante para la fecundidad adolescente es el uso de anticonceptivos. Está bien documentado que los indicadores de uso de anticoncepción de los modelos tradicionales (típicamente el uso actual) no sirven como predictores de protección contra los embarazos (Di Cesare y Rodríguez, 2006; Rodríguez, 2012), al menos de manera directa y transversal, ya que el supuesto base detrás del indicador —que las adolescentes que utilizan actualmente anticonceptivos están protegidas contra el riesgo de embarazo— no se cumple, tanto por su uso ineficiente como, sobre todo, porque con frecuencia su empleo se inicia luego de tener el primer hijo. De hecho, es frecuente que en los modelos multivariados transversales de la probabilidad de haber sido madre adolescente, los coeficientes del uso actual sean indicativos de una asociación con una mayor probabilidad de ser madre adolescente.

Estos resultados no significan, por supuesto, que el uso de anticonceptivos aumente la probabilidad de convertirse en madre adolescente, sino que revelan que en América Latina es común que *las adolescentes comiencen a usar la anticoncepción después del nacimiento de su primer hijo* (Rodríguez, 2009 y 2012), como también lo muestran las encuestas especializadas. Ello se debe a que la maternidad rompe las barreras para que puedan tener acceso a los métodos anticonceptivos; de hecho, en numerosos países de la región hay programas y protocolos activos de prevención del segundo embarazo entre adolescentes, pero casi no hay programas protocolizados de prevención del primer embarazo en este grupo etario. En consecuencia, y en ausencia de indicadores sintéticos de las tendencias de la anticoncepción, el indicador que mida la protección anticonceptiva no puede ser el del uso actual sino uno que sugiera protección desde el inicio de la vida sexual. En términos prácticos, el que parece más idóneo entre los dispo-

nibles es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Aunque este indicador tiene debilidades evidentes, en la medida que el uso de anticonceptivos en esa primera relación no es garantía de protección en las siguientes, la evidencia disponible muestra que se trata de un buen indicador del comportamiento preventivo futuro (Di Cesare y Rodríguez, 2006). Eso queda en evidencia en el cuadro 9, que ratifica además dos planteamientos previos: a) la desigualdad social de la maternidad adolescente, que se extiende a las variables intermedias; b) la persistente relación estrecha entre unión y maternidad adolescente.

Cuadro 9

América Latina y el Caribe, países seleccionados con encuestas especializadas recientes, alrededor de 2010, mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente: regresiones logísticas binomiales (razones de chances y nivel de significación) de la probabilidad de haber sido madre con variables condicionantes seleccionadas

País	Bolivia, 2008		Colombia, 2010		Perú, 2012	
Variables	Significación	Exp (b)	Significación	Exp (b)	Significación	Exp (b)
Edad	0,000	1,824	0,000	2,960	0,000	2,184
Educación						
Baja		Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Media	0,000	0,548	0,000	0,591	0,512	1,201
Alta	0,000	0,114	0,000	0,334	0,042	0,551
Edad de iniciación sexual	0,000	0,275	0,000	0,446	0,000	0,143
Relaciones de unión						
Nunca unida		Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Anteriormente unida	0,004	2,833	0,000	10,502	0,000	9,967
Actualmente unida	0,000	4,077	0,000	7,700	0,000	7,349
Uso de condón en primer coito						
No		Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Sí	0,004	0,528	0,000	0,603	0,001	0,552
Constante	0,000	0,000	0,000	0,167	0,000	0,000

Fuente: Bases de microdatos de las encuestas respectivas, procesamientos especiales.

Todos los indicadores relacionados con el uso de anticonceptivos entre adolescentes –tanto el erróneo “uso actual” como los más apropiados “uso en el primer coito” o “número de hijos al primer uso”– muestran una tendencia al aumento, lo que en la mayoría de los países se debe a una expansión del uso del preservativo, el medio más popular entre los y las adolescentes, promovido por las campañas contra el VIH-Sida.

Y esta tendencia al aumento es el factor decisivo para el descenso de la fecundidad adolescente, ya que las otras variables intermedias, en particular la iniciación sexual, han tenido una evolución que tiende a incrementar el riesgo de maternidad adolescente. Aun así, la tendencia al alza de la protección anticonceptiva parece ser insuficiente para lograr un descenso generalizado, significativo y sostenido de la maternidad adolescente, por varias razones, entre ellas: a) porque el aumento es compensado total o parcialmente por el adelantamiento de la iniciación sexual, como ya se planteó; b) porque el incremento de los indicadores usados no se traduce directamente en un uso constante y adecuado de anticoncepción; c) porque el aumento está aún lejos de lograr niveles elevados de protección anticonceptiva desde el inicio de la vida sexual.

Sopesar empíricamente las razones previas escapa al alcance de este documento —y en algunos casos es difícil de lograr para cualquier investigación—, pero sí es evidente que la tercera razón tiene fundamentos en la realidad, como lo muestra el cuadro 10, en el que se compara el inicio sexual protegido en varios países de la región que disponen de datos recientes con los niveles del mismo indicador observados en España 20 años atrás. Claramente, la región aún está muy por debajo de los niveles registrados en ese país europeo por entonces, lo que revela las grandes lagunas que persisten en esta variable intermedia y que son decisivas para el nivel y la tendencia de la maternidad adolescente. Más aún, estas lagunas también son decisivas para la desigualdad de la fecundidad adolescente, especialmente porque la iniciación sexual protegida es mucho más frecuente entre los grupos de mayor nivel socioeconómico —los que, adicionalmente, están menos expuestos por iniciaciones sexuales más tardías, aunque esta última disparidad se ha estado estrechando y es probable que lo siga haciendo.

Cuadro 10

**América Latina, países seleccionados, alrededor de 2010, y España, 1995:
uso de anticoncepción en el primer coito para mujeres de 15 a 19 años**

País y fecha de la encuesta	Porcentaje
Bolivia, 2008	16,5
Colombia, 2010	55,5
Chile, 2009 (todos los métodos)	58,8
Ecuador, 2004	8,8
Guatemala, 2008-2009 (todos los métodos, 15-24)	18,1
Nicaragua, 2006-2007 (todos los métodos)	24,3
Perú, 2004-2008 (ENDES continua, procesamiento)	19,0
España, 1995 (18-19)	85,1

Fuente: Bases de datos o informes publicados de encuestas especializadas recientes.

Nota: Elaboración del autor. Véase Rodríguez (2013).

Las razones para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual son relevantes para las políticas de salud sexual y reproductiva y los programas dirigidos a los adolescentes. En tal sentido, cabe destacar que las razones esgrimidas para no usar anticonceptivos durante la primera relación sexual rara vez incluyen el deseo de te-

ner hijos; son mucho más comunes aquellas referidas a la prevención insuficiente y la falta de acceso a estos métodos. La prevención insuficiente es precisamente la razón detrás de respuestas tales como “No esperó tener relaciones sexuales” (32% en El Salvador en 2008; Asociación Demográfica Salvadoreña, 2009), “La falta de cuidado” (44% en Paraguay en 2008; CEPEP, 2009) y “Ha sido irresponsable” (28% en Chile en 2009; INJUV, 2009). La falta de acceso, en tanto, se refleja en respuestas como “No saben que se disponía de métodos” (15% en Paraguay y El Salvador), “Pareja no quería” (8% en El Salvador) o “No se pudo obtener ninguno” (9% entre las mujeres y 16% entre los hombres en Chile). La proporción de adolescentes que mencionaron el deseo de tener hijos como una justificación para no usar anticonceptivos durante su primera relación sexual fue del 12% en El Salvador, el 6% en Chile y el 5% en Paraguay. En los casos de Paraguay, El Salvador y Ecuador se hace una distinción entre la primera relación sexual dentro de una unión y fuera de ella, ya que las razones para no usar anticonceptivos varían significativamente en ambas situaciones: en las parejas que están casadas o en unión el deseo de tener hijos es más alto, de hecho, fue la principal razón mencionada en El Salvador en 2008. Finalmente, la encuesta DHS más reciente disponible en la región, que corresponde a Honduras en 2012, ratifica lo expuesto anteriormente, pues una fracción bastante menor de las no usuarias al primer coito declaró que no empleó anticonceptivos porque quería tener hijos (6,1%) (véase el cuadro 11).

Cuadro 11

Honduras, 2012: agrupación de razones esgrimidas por mujeres de 15 a 19 años para no usar anticoncepción en su primera relación sexual

Desinformación (desconocía métodos, creía que no podía quedar embarazada, fue la primera vez)	32,6
Descuido (no esperaba tener sexo en ese momento, negligencia)	28,8
No le gusta (temor a efectos secundarios, incomodidad, no le gustan)	17,8
Oposición de la pareja	6,3
Quería tener un hijo	6,1
Inaccesibilidad (quería usar pero no encontró, no tenía dinero para comprar, vergüenza de comprar)	2,9
Otros (religión lo impide, fue violada, otro)	1,2
No recuerda	4,3

Fuente: DHS Honduras 2012, procesamiento especial de la base de microdatos.

Nota: Agrupación de respuestas del autor.

Por último, la poca evidencia que existe sobre el aborto en la región está fragmentada, ya que es una práctica ilegal en la mayoría de los países latinoamericanos. Solo recientemente se incluyeron preguntas sobre abortos inducidos en estudios internacionales como las encuestas demográficas y de salud (DHS) y las encuestas internacionales de salud reproductiva (RHS), pero está pendiente la validación técnica de sus resultados. Las estadísticas oficiales de Cuba, donde el aborto es legal, sugieren que tiene un impacto significativo en los niveles de fecundidad de las adolescentes. Aun así, la maternidad temprana es más común de lo que cabría esperar sobre la base de

la baja tasa de fecundidad del país. En Chile, la sexta Encuesta Nacional de Juventud realizada en 2009 mostró que el 6% de las adolescentes que habían tenido embarazos no planeados había sufrido al menos un aborto —las respuestas masculinas, que tienden a ser menos confiables o consistentes sobre estos asuntos, arrojan un porcentaje mucho mayor. A pesar de la importancia que puede tener el aborto, la falta de buenos datos al respecto impide examinar este determinante de manera sistemática.

Cuadro 12
El Salvador, Perú y España, alrededor de 2010 y 1995: tasa específica de fecundidad y determinantes próximos

País	Tasa específica de fecundidad	Porcentaje de jóvenes sexualmente activos a diferentes edades*	Uso de anticoncepción moderna en el primer coito (porcentaje entre las iniciadas)	Aborto
El Salvador	89 (FESAL, 2008)	N (2.810) 13 (6,7) 14 (13,8) 15 (20,9) 16 (26,6) 17 (32,0) 18 (38,0) 19 (45,5)	40,4 FESAL 2008, tabla 4.8 Mujeres de 20 a 24 años de edad	23,0 (FESAL, 2008, 15-24) 4% del total de embarazos (FESAL, 2008, tabla 10.32)
Perú	61 (ENDES, 2011)	N (3.399) 13 (4,4) 14 (9,6) 15 (17,0) 16 (21,4) 17 (29,4) 18 (40,0)	38,2 ENDIS 2011, cuadro 5.7 Mujeres de 20 a 24 años de edad	26,1 (Condón, ENDES 2012, 15-24) Sin datos
España	12,7 (Proyección 2005-2010, División de Población de las Naciones Unidas)	N (802) 16 (21,7) 17 (34,8) 18 (62,9) 19 (78,0) 20 (79,5)	85,1 (Fertility and Family Survey 1995, mujeres de 18 y 19 años)	12,7 cada mil mujeres de 15 a 19 años, es decir, 50% del total de embarazos**

Fuente: Indicada en cada dato.

* Jokin de Irala, Alfonso *et al.*, "Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean?", *Archives of Sexual Behavior* (2011) 40:853-855.

** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, "Datos estadísticos", en: <www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tables_figuras.htm#Tabla%201>, acceso 12 de marzo de 2014.

A modo de síntesis, y solo con propósitos ilustrativos, el cuadro 12 expone los datos sobre el comportamiento de las variables intermedias en tres países: El Salvador, Perú y España. Claramente se advierte que la marcada diferencia entre la tasa del país europeo y la de los dos países latinoamericanos considerados difícilmente puede deberse a las diferencias en la iniciación sexual, ya que la de España parece ser tan temprana como la de ambos. En cambio, sí parece obedecer a la protección anticonceptiva y también al aborto, que reduce en un 50% la tasa de fecundidad adolescente española —lo que, en todo caso, no basta para explicar la brecha con la tasa de Perú (5 veces) y la de El Salvador (6 veces). Se trata, sin duda, de un cuadro muy sugerente en materia de análisis, interpretación y de políticas en este campo.

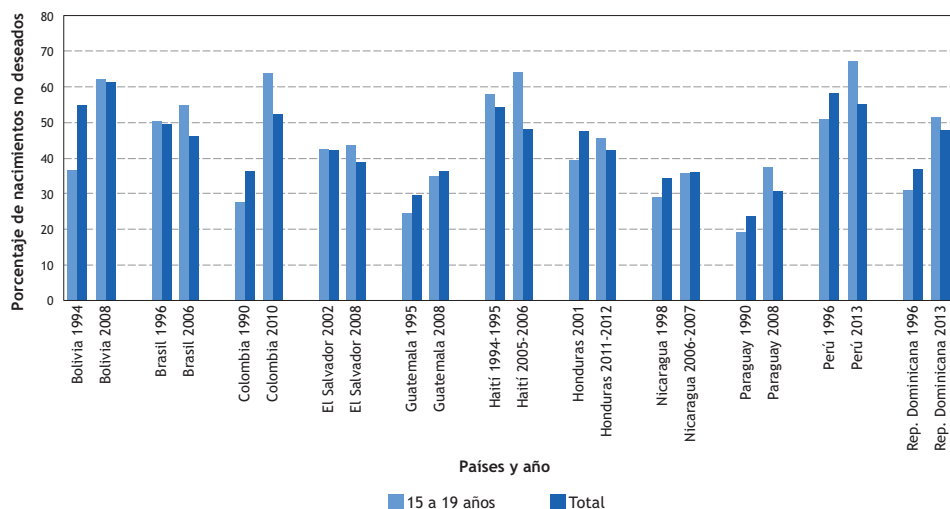
Fecundidad no deseada y derechos sexuales y reproductivos

Tradicionalmente, algunos estudios e investigadores de América Latina han sugerido que los adolescentes quieren tener hijos y que, en particular, quieren hacerlo más que en otras edades. Los argumentos que sustentan estas hipótesis provienen de la demografía —los nacimientos de primer orden son más deseados, y la mayoría de los nacimientos de las madres adolescentes son precisamente de primer orden— la antropología —normas culturales que promueven la reproducción temprana— y la sociología —la maternidad temprana es vista como una opción que proporciona significado y un proyecto de vida, sobre todo en contextos en los que hay pocas o ninguna alternativa— (Stern, 1997; Guzmán *et al.*, 2001; Binstock y Pantelides, 2006; Oliveira e Melo, 2010).

Sin embargo, estos argumentos no son compatibles con la evidencia actual. El gráfico 9 es inequívoco al respecto, pues muestra cómo ha cambiado la deseabilidad de los niños nacidos en los cinco años previos a cada encuesta, tanto en el caso de madres adolescentes como en el de todas las madres de 15 a 49 años. Las encuestas realizadas durante las décadas de 1980 y 1990 mostraban resultados compatibles con la hipótesis de la mayor deseabilidad de los hijos en el caso de las madres adolescentes. En efecto, en todos los países el porcentaje de nacimientos que se declaraba que se “quería entonces” fue mayor para los nacimientos antes de los 20 años de edad. Pero las encuestas más recientes, llevadas a cabo durante la primera década del siglo XXI, muestran: a) una caída sistemática de la deseabilidad de los hijos tenidos en la adolescencia, y b) niveles de deseabilidad inferiores de los nacimientos ocurridos durante la adolescencia en comparación con todos los nacimientos, en la mayoría de los países.

Gráfico 9

América Latina, países seleccionados, alrededor de 1990 y 2010: nacimientos no planificados o no deseados en los cinco años que precedieron a la encuesta de referencia, según edad de la madre al nacimiento



Fuente: CEPAL (2013), página 32, e informes nacionales de las encuestas de 2011 en adelante.

Reflexión final: determinantes, efectos sociales y políticas relacionadas con la maternidad adolescente en América Latina

En este texto se ha mostrado que aún hay bastante trabajo para los demógrafos y demógrafas en materia de estimación de la fecundidad adolescente y sus determinantes próximos. El mejoramiento y la explotación sistemática de las fuentes de datos, así como el perfeccionamiento de los procedimientos de evaluación y corrección de los datos y el avance de las técnicas de estimación, son tareas fundamentales para seguir ampliando el conocimiento de este tema en la región y también para monitorear tendencias y alimentar los procesos de diseño y elaboración de políticas públicas en materia de reproducción adolescente.

Adicionalmente, hay al menos tres o cuatro tópicos asociados al tema de la reproducción adolescente en los que existen lagunas de conocimiento acumuladas y tendencias emergentes aún no bien descritas, y respecto de las cuales la demografía podría hacer aportes significativos.

Tal vez el que supone una mayor deuda histórica es el de los efectos de la fecundidad adolescente, toda vez que normalmente se da por descontada su adversidad, pero pocas veces se la ha medido con rigor. Es cierto que en ocasiones este esfuerzo parece desafiante, porque en la región se carece de los datos necesarios para estimaciones confiables —en particular encuestas de panel o longitudinales. En otras oca-

siones parece irrelevante, porque es clara la convicción política sobre la necesidad de prevenirla y consistente la evidencia basada en las desigualdades y el ejercicio de derechos, que apunta también en la misma dirección preventiva. Con todo, para un fundamento y una argumentación cabal sobre los beneficios personales, familiares y sociales de reducir la maternidad adolescente, se requiere mostrar que la vida de las personas cambia al prevenirla. No necesariamente se trata de un cambio radical ni de una llave para escapar de la pobreza, pero sí al menos de una vía para dar más posibilidades a las adolescentes, tanto para que vivan mejor esta etapa de su vida como para que luego experimenten una adultez menos vulnerable.

Respecto de los determinantes sociales pareciera no haber dudas ni necesidad de investigación adicional, ya que en la región está bien documentado que la pobreza, la falta de oportunidades, la desigualdad social, la falta de información consistente, la ausencia de una atención especial de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y ciertos patrones culturales que continúan definiendo el rol reproductivo y doméstico como el único válido para las mujeres se conjugan, bajo diferentes gradaciones dependiendo de los contextos y las circunstancias, para causar la fecundidad y la maternidad tempranas. Sin embargo, la realidad es más compleja y resulta evidente que los determinantes sociales tradicionales, en particular la educación, están mudando su impacto e incluso sus vías de influencia. En el mismo sentido, la convicción sobre la importancia que tienen las instituciones —la familia, la escuela, el Estado— y la cultura —incluyendo la específicamente adolescente, generada y difundida por grupos de pares, medios de comunicación y ahora cada vez más por las redes sociales— no es acompañada de una teoría firme sobre las vías de influencia que tienen estos factores sobre las variables intermedias y la reproducción adolescente. En suma, se requiere más, mucha más investigación para entender la forma en que opera la determinación de la fecundidad adolescente en la actualidad, y con ello proveer insumos para nuevos enfoques de política, mucho más activos y menos confiados en que el mero avance educativo solucionará este tema a largo plazo.

Sí parece haber novedades en lo relativo al escenario nupcial y doméstico, aunque todavía poco documentadas, al menos de manera rigurosa. En particular, el aumento de la maternidad y la crianza bajo condiciones de soltería supone una modificación sustancial del sentido social de esta maternidad y tiene implicaciones profundas y de diversa índole. Lo primero que hay que investigar sistemáticamente sobre este tema es la extensión efectiva del fenómeno emergente y sus alcances. En efecto, los censos están siendo usados para cuantificar esta nueva realidad y eso revela una línea novedosa y valiosa de explotación de esta información. Sin embargo, con esta fuente se enfrentan problemas para identificar con precisión el estado conyugal de las personas, sobre todo de las que se declaran solteras, que pueden haber estado unidas y luego regresado a la soltería, y definitivamente no sirven para captar el contexto nupcial del embarazo o la relación romántica actual de las personas —por ejemplo, madres adolescentes efectivamente solteras pero que mantienen una relación de pareja con el padre de su o sus hijos a distancia—, y que en algún momento pueden materializar esa relación en una unión. De todos modos, los censos pueden

ser particularmente útiles para estimar un fenómeno emergente asociado a la maternidad adolescente en soltería: la “crianza dependiente”, es decir, aquella que acontece por la permanencia de la muchacha en el hogar de su familia de origen sin su pareja —normalmente el de sus padres, con frecuencia de su madre si están separados—, aunque en algunos casos la pareja puede estar presente en el hogar. Se trata de una modalidad particular de arreglo familiar extendido, que permite redistribuir las responsabilidades de la crianza y enfrentar las dificultades que esta supone para una madre adolescente. Entre las preguntas por responder relativas a este fenómeno emergente están sus sesgos socioeconómicos y sus efectos, que pueden ser mitigadores de las adversidades de la fecundidad adolescente pero que también pueden contribuir a perpetuarla.

En materia de políticas, finalmente, un primer paso que debe darse es evaluar lo que se ha hecho, ya que el intenso —aunque aún insuficiente— despliegue de los últimos años no cuenta con evaluaciones sistemáticas y rigurosas, salvo casos excepcionales como Sol y Luna en Medellín, espacios amigables en Chile y Colombia, entre otros países, y algunos otros centros dispersos en la región. Un segundo paso, paralelo al anterior, es aprender de las experiencias de otras regiones, ya que es claro que en Europa algo funciona distinto, sobre todo respecto del uso de la anticoncepción, pues edades similares de iniciación sexual resultan en niveles mucho más bajos de reproducción temprana. Y en tercer lugar, cabe la implementación de políticas y programas idóneos de carácter multisectorial y que tengan mecanismos de seguimiento y evaluación sólidos. Esta implementación puede beneficiarse de la cooperación Sur-Sur y del apoyo de la cooperación internacional, que como se sabe está decreciendo en la región.

Referencias

- Asociación Demográfica Salvadoreña (2009), *Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008)*, San Salvador.
- Alí, Mohamed and Cleland, John (2005), “Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis”, *Social Science & Medicine*, vol. 60, N° 6.
- Berquó, Elza and Cavenaghi, Susana (2005), “Increasing Adolescent and Youth Fertility in Brazil: a New Trend or a One-time Event”, paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia, Pennsylvania (United States), March, Vol. 30.
- Binstock, Georgina y Pantelides, Edith (2006), “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico”, documento presentado a la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago, CEPAL, 14 y 15 de noviembre, en <<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf>>, acceso 19 de febrero de 2015.
- Boongarts, John (1978), “A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility”, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.

- Bongaarts, John and Cohen, B. (1998), "Adolescent reproductive behavior in the developing world", *Studies in Family Planning*, New York: Population Council, 29(2).
- Bozón, Michel (2003), "A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", *Population et sociétés* (Paris), Institut national d'études, N° 391.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *Panorama social de América Latina 2005*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2012), *Población, territorio y desarrollo sostenible*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2013), *Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe. Examen del periodo 2009-2013 y lecciones aprendidas. Síntesis y balance*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2014), *Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible*, Santiago: CEPAL.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (2009), "Salud sexual y reproductiva 2008, ENDSSR 2008. Informe final", Asunción: USAID, CDC, UNICEF e IPPF.
- Davis, Kingsley and Judith Blake (1956), "Social structure and fertility: an analytic framework", *Economic and cultural change*, vol. 4, N° 2.
- Di Cesare, Mariachiara y Rodríguez, Jorge (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", *Papeles de Población*, Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, N° 48, pp. 107-140.
- Esteve, Albert; García-Román, Joan and Lesthaeghe, Ron (2012), "The family context of cohabitation and single motherhood in Latin America", *Population and Development Review*, Vol. 38, N° 4, pp. 707-727.
- Flórez, Carmen E. and Núñez, Jairo (2001), "Teenage Childbearing in Latin American Countries", Working paper #R-434, Latin American Research Network, New York: Inter-American Development Bank.
- _____ (2003), "Teenage childbearing in Latin American countries", in Duryea, S., Cox, A. and Ureta, M., *Critical decision at a critical age. Adolescents and young adults in Latin America*, Washington, D.C.: BID.
- Fussell, Elizabeth and Palloni, Alberto (2004), "Persistent marriage regimes in changing times", *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, N° 5.
- Gómez, Pío; Molina, Ramiro y Zamberlin, Nina (2011), *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*, Lima: Committee on Sexual and Reproductive Rights, Latin American Federation of Obstetrics and Gynaecology Societies (FLASOG).

- Guzmán, José Miguel; Hakkert, Ralph; Contreras, Juan Manuel y Falconier de Moyano, Martha (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*, México D. F.: UNFPA.
- INJUV (Instituto Nacional de la Juventud de Chile) (2009), *6ª Encuesta Nacional de la Juventud (ENAJU) 2009*, Santiago: INJUV.
- Irala, Jokin de; Osorio, Alfonso; Carlos, Silvia; Ruiz-Canela, Miguel and López-del Burgo, Cristina (2011), “Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean?”, *Archives of Sexual Behavior* (2011), 40:853-855.
- Moultrie, Tom; Dorrington, Rob; Hill, Allan; Hill, Kenneth; Timæus, Ian and Zaba, Basia (2013), *Tools for Demographic Estimation*, Paris: International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP).
- Oliveira, Maria Coleta e Melo, Joice (2010), “Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006”, *Revista Latinoamericana de Población (RELAP)*, Buenos Aires: ALAP, vol. 3, N° 6, pp. 12-39.
- Robledo, Paz (2014), “Apuntes de clase, Lección 1: Adolescencia y juventud”, Postítulo en plataforma virtual de la Universidad de Santiago de Chile “Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería”, segunda edición 2013-2014, Santiago, mimeo.
- Rodríguez, Jorge (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Madrid: OIJ y CEPAL.
- _____ (2012), “La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. Realidad, datos y espacio”, *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, México, D.F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Vol. 3, Núm. 2, mayo-agosto, pp. 66-81.
- _____ (2013), *Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos*, serie *Población y desarrollo* N° 107, Santiago: CEPAL.
- _____ (2014), *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*, serie *Documentos de proyecto*, Santiago: CEPAL, en <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/53373/Lareproduccionenlaadolescencia.pdf>>, acceso 19 de febrero de 2015.
- Stern, Claudio (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Salud Pública de México*, México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril, año/vol. 39, número 002, pp. 137-143.
- Stover, John (1998), “Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework: What Have We Learned in the past 20 Years?”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 3.
- United Nations (1986), *Indirect Techniques for Demographic Estimation. Manual X*, New York.

- _____ (2013), *World Population Prospects: The 2012 Revision*, New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division [DVD Edition].
- Varela, Carmen y Fostik, Ana (2011), “Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?”, *Revista Latinoamericana de Población*, Buenos Aires: ALAP, Año 5, Número 8, enero/junio, pp. 115-140.
- Welti, Carlos (ed.) (1997), *Demografía I*, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____ (1998), *Demografía II*, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010

Suzana Cavenaghi¹
Elza S. Berquó²

Resumo

O objetivo deste trabalho é conhecer as taxas de fecundidade mais recentes no país do ponto de vista socioeconômico e demográfico, a partir do Censo Demográfico de 2010, e analisar as tendências dos últimos dez anos, utilizando os dados do Censo Demográfico de 2000, interpretados diante das transformações econômicas e sociais ocorridas nos últimos anos. O propósito é fornecer elementos empíricos que indiquem possíveis desigualdades no acesso a programas e políticas na área de saúde reprodutiva, assim como identificar desigualdades sociais que possam causar constrangimentos à realização da fecundidade desejada para vários segmentos populacionais. Para tanto, a partir dos microdados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, calculou-se a fecundidade por meio do método P/F de Brass, com as informações sobre fecundidade acumulada e corrente, e foram aplicados modelos estatísticos multivariados (regressão logística). O conhecimento detalhado dos regimes de fecundidade, em relação tanto ao nível quanto à estrutura da fecundidade por idade, em diversos grupos socioeconômicos, é extremamente importante para a definição de cenários futuros para a projeção da fecundidade, que é o componente demográfico que mais afeta as projeções e estimativas populacionais. Estas, por sua vez, são medidas essenciais para o planejamento de políticas públicas, principalmente aquelas que necessitam de intervenção local. Dessa forma, o trabalho procura contribuir para a melhoria das previsões de cenários futuros para a taxa de fecundidade no país e para seguimentos sociais importantes. Outra contribuição relevante propiciada pela pesquisa é que seus resultados servirão de insumo importante para o diagnóstico e aplicação de programas e políticas que possam garantir os direitos reprodutivos e acesso à saúde reprodutiva, principalmente das populações menos abastadas, como preconizado na Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, da qual o Brasil é signatário.

Palavras-chave: Fecundidade. Diferenciais socioeconômicos. Brasil.

¹ Escola Nacional de Ciências Estatísticas - Ence/IBGE (suzana_cavenaghi@uol.com.br).

² Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - Cebrap (berquo@cebrap.org.br).

Introdução

No Brasil, assim como em outros países, com a fecundidade em transição, a educação e a renda estão negativamente correlacionadas com o nível de fecundidade e, apesar de certa tendência de convergência entre os grupos socioeconômicos, os níveis de fecundidade ainda mantêm um diferencial bastante elevado entre as mulheres pertencentes a categorias extremas destes grupos. O Censo de 2010 mostrou que a fecundidade atingiu seu menor valor, com média de 1,9 filho por mulher, patamar abaixo daquele necessário à reposição populacional no longo prazo.

Com a diversidade de comportamentos e diferenças no acesso aos meios contraceptivos e de interrupção da gravidez, não é surpreendente encontrar variações importantes em torno da média nacional estimada para a taxa de fecundidade total (TFT). Em trabalhos anteriores, Berquó e Cavenaghi (2004; 2005) buscaram quantificar, localizar e qualificar os grupos que já se encontravam com fecundidade abaixo do nível de reposição e aqueles que ainda estavam com taxas elevadas, no período de 1991 a 2000. Para tanto, as autoras realizaram uma análise da variação, em âmbito nacional, ocorrida entre 1991 e 2000 e, adicionalmente, um estudo mais detalhado com recorte urbano e rural e em nível de grandes regiões. Os resultados indicaram que, controlando categorias de anos de escolaridade e rendimento médio domiciliar *per capita*, em 1991, 35% das mulheres brasileiras já se encontravam sob um regime de fecundidade abaixo do nível de reposição, proporção que aumentou para 42%, em 2000. Por outro lado, 11% das mulheres ainda estavam em regime alto de fecundidade em 1991 (cinco ou mais filhos), declinando para 6% em 2000. Verificou-se também, incorporando a variável cor/raça, que o diferencial neste caso é ainda bastante elevado. Em 2000, mais de 50% das mulheres brancas já se encontravam em regime de fecundidade abaixo do nível de reposição, mas somente 29% das negras estavam nesta situação.

Importante também mencionar, por exemplo, que as autoras constaram, para o seguimento de mulheres de 15 a 49 anos de idade com 1 a 3 anos de escolaridade, que a TFT média era de 3,6 filhos por mulher em 2000, mas, para o subgrupo daquelas sem rendimento domiciliar ou com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, a TFT correspondia a 5,5 filhos e, para as residentes em domicílios com dois ou mais salários mínimos *per capita*, a TFT estava abaixo do nível de reposição (\leq 1,7 filho). Por outro lado, para as mulheres com 9 a 11 anos de estudo, a TFT média estava muito abaixo da reposição, com 1,6 filho por mulher, mas, para aquelas incluídas na categoria de renda mais baixa, a taxa era de 2,4 filhos e, para as com dois ou mais salários mínimos, a TFT já estava em valores de 1,4 ou 1,3 filho por mulher, níveis chamados de *lowest-low*, comparáveis a países europeus com baixíssima fecundidade, como Itália e Portugal (KOHLENER et al., 2002; MORGAN, 2003; BRETON; PRIoux, 2008).

Nos últimos anos, alguns especialistas no tema têm especulado no sentido de prever se a fecundidade continuaria declinando no país, mesmo depois de ter chegado a níveis tão baixos (WONG, 2000; RIOS-NETO, 2000; CAVENAGHI; ALVES, 2009). Especula-se que, devido aos diferenciais ainda existentes com relação a educação e

rendimento e, também, em função da alta fecundidade em adolescentes no país, a tendência é que a fecundidade ainda apresente declínio importante, reduzindo ainda mais os diferenciais socioeconômicos existentes. No entanto, a curto prazo, dificilmente a estrutura etária da fecundidade apresentará mudanças fortes no padrão jovem verificado na atualidade, caso siga as tendências passadas, ainda que o rejuvenescimento da fecundidade que vinha acontecendo já não ocorra nos próximos anos. Vale destacar que, muitas vezes, se associa um padrão jovem na América Latina devido à alta fecundidade de 15 a 19 anos, no entanto, para padrões de fecundidade muito baixos em outras partes do globo, a fecundidade de 20 a 24 anos também é muito mais baixa do que a brasileira (e latino-americana em geral), pois é exatamente neste grupo etário que as pessoas estão terminando o ensino superior e iniciando a vida laboral.

De fato, com as mudanças socioeconômicas, principalmente as educacionais, ocorridas no país nesta última década, com a diminuição da pobreza e das desigualdades sociais e o crescimento relevante da “classe média”, é importante observar se houve alterações nas tendências das taxas de fecundidade durante esta década, dado que em alguns países observam-se flutuações nos níveis de fecundidade de período diretamente relacionadas a retrações e avanços na economia. Estas mudanças de postergação ou adiamento da fecundidade podem refletir níveis de fecundidade muito baixos nos próximos anos, com alguma possível recuperação da fecundidade de coorte no futuro.

O mapeamento de segmentos de mulheres,³ por educação e renda, servirá de insumo para a aplicação de programas e políticas eficazes que garantam os direitos reprodutivos e acesso à saúde reprodutiva das pessoas que queiram regular sua fecundidade ou necessitam de auxílio para fecundidade assistida, ou ainda de grupos que não consigam alcançar o número de filhos desejados, devido a constrangimentos sociais, como diferenciais de gênero ou econômicos.

O objetivo deste trabalho é conhecer os regimes de fecundidade mais recentes no país do ponto de vista socioeconômico e demográfico, a partir do Censo Demográfico de 2010 e analisar as tendências dos últimos dez anos, utilizando os dados do Censo Demográfico de 2000, interpretadas diante das transformações econômicas e sociais ocorridas nos últimos anos. O propósito é fornecer elementos empíricos que indiquem possíveis desigualdades no acesso a programas e políticas na área de saúde reprodutiva, tanto de regulação quanto de reprodução assistida, assim como identificar desigualdades sociais que possam causar constrangimentos à realização da fecundidade desejada para vários segmentos populacionais. Adicionalmente, pretende-se verificar se persistem as diferenças por rendimento domiciliar e escolaridade para alguns segmentos de mulheres por cor/raça, residência rural-urbana e localização geográfica nas cinco grandes regiões.

³ Os conceitos de regime de fecundidade e mapeamento dos regimes de fecundidade são apresentados no Anexo.

Metodologia

Dados

A principal fonte de dados no Brasil para estudos sobre fecundidade por diferenciais socioeconômicos ainda é o Censo Demográfico, pois, apesar de o registro de nascimentos ter melhorado muito com relação à cobertura dos eventos ocorridos, na maioria dos Estados as poucas informações socioeconômicas coletadas nesses registros ainda são de baixa qualidade. Dessa forma, para o presente estudo, serão utilizados os Censos Demográficos de 2000 e 2010, cujos dados sobre fecundidade estão disponíveis a partir do questionário ampliado, aplicado a uma amostra da população⁴ e não ao seu universo.

Tanto nos censos demográficos quanto nas pesquisas por amostra de domicílios, as informações sobre fecundidade são obtidas a partir de perguntas que buscam identificar o número de filhos nascidos vivos (fecundidade acumulada ou parturição) e o número de filhos nascidos no último ano (fecundidade corrente ou atual), sendo estes classificados por grupos de idades quinquenais das mulheres em idade reprodutiva. Assim, a população de estudo é constituída por mulheres de 15 a 49 anos enumeradas nas pesquisas. Dessa forma, o Censo Demográfico de 2010 oferece oportunidade de atualizar as informações sobre os regimes de fecundidade no país e comparar estes resultados com os correspondentes observados em 2000.

Variáveis

Como mencionado anteriormente, as variáveis de interesse central neste estudo são aquelas que informam sobre as fecundidades acumulada e atual das mulheres em idade reprodutiva. Na fonte de dados citada, tais informações são disponibilizadas diretamente na base de dados. Para a variável sobre número de filhos nascidos vivos (fecundidade acumulada), que deve ser classificada por grupos de idade quinquenais das mulheres, esta informação é obtida a partir da questão que indaga o número de filhos nascidos vivos por sexo. Já variável referente à existência de filhos nascidos no último ano (fecundidade atual) é disponibilizada a partir da pergunta sobre data de nascimento do último filho nascido vivo, que também apresenta informação sobre o sexo deste nascido vivo. Apesar de as bases de dados disponibilizarem estas variáveis já calculadas, devido às mudanças na forma de se perguntar e, principalmente, à falta de resposta em algumas perguntas no bloco sobre fecundidade, o que afeta diretamente a qualidade da informação, neste estudo as variáveis sobre fecundidade acumulada, ou parturição, e sobre filhos nascidos no último ano serão calculadas a partir das variáveis originais existentes na base de dados.

⁴ A fração amostral utilizada no Censo Demográfico de 2000 foi de 10% em municípios com população estimada de 15 mil ou mais habitantes e 20% nos demais (IBGE, 2003). No Censo Demográfico de 2010 foram utilizadas cinco frações amostrais distintas baseadas em diferentes cortes populacionais, que variaram de 50% em municípios muito pequenos (até 2.500 habitantes) até 5% em municípios muito grandes (mais de 500 mil habitantes).

São consideradas somente as mulheres com respostas válidas e consideradas viáveis para o cálculo da TFT, excluindo-se aquelas com idade incompatível com o número de filhos declarados.⁵ É importante mencionar que, para 2000 e 2010, diferente de anos anteriores, não é necessária a correção de não resposta às perguntas de fecundidade, visto que nestes anos a informação foi corrigida por métodos determinísticos ainda na fase de apuração dos dados.⁶

Com relação às variáveis socioeconômicas, utilizam-se, basicamente, as categorias educacionais das mulheres e rendimento domiciliar *per capita*, para o mapeamento dos regimes de fecundidade, e alguns recortes geográficos, como residência urbana e rural e grandes regiões, e recorte social a partir da variável cor/raça. As variáveis geográficas estão disponibilizadas na base e não sofreram alterações significativas em sua definição desde 2000, com exceção de áreas urbanas e rurais que são definidas administrativamente pelos governos municipais. A variável cor/raça é obtida da mesma forma, a partir de autoidentificação,⁷ segundo as categorias branca, preta, parda, amarela e indígena. Neste estudo são apresentados os resultados agregando-se a população preta e a parda, no entanto, para as populações declaradas amarela e indígena, por seu pequeno tamanho populacional, não é possível realizar cruzamentos entre anos de estudo e rendimento domiciliar, como é o objetivo deste trabalho.

Alguns esclarecimentos são necessários no que concerne à variável para identificação de categorias educacionais. O Censo Demográfico de 2010 não permite o cálculo de anos de estudo completos de forma direta para todas as mulheres, uma vez que foi indagado sobre o último nível de ensino e a série concluídos somente para aquelas que frequentavam a escola no momento da entrevista, deixando sem esta informação as mulheres que, na ocasião, não frequentavam a escola. Este fato pode ser observado com a análise do questionário utilizado no censo, referente às perguntas sobre educação para pessoas que não frequentavam escola ou creche no momento do censo, mas já tinham frequentado (IBGE, 2010b). Para contornar tal situação, buscou-se uma *proxy* de categorias educacionais para 2010 comparáveis a 2000. Apesar de não ser possível estimar anos de estudo em anos simples a partir da variável de grupos de instrução - uma variável auxiliar gerada pelo IBGE (2013)⁸ - foram criadas novas categorias de grupos educacionais que são mais coerentes para a comparação

⁵ Por exemplo, em 2000, foram identificadas mulheres com menos de 20 anos de idade que tinham mais de 9 filhos nascidos vivos declarados. Devido à improbabilidade de esta informação estar correta, para o cálculo da TFT, prefere-se retirar estas mulheres da análise, visto que outras informações desta mesma mulher podem ser de má qualidade e causar distorções não desejadas nas estimativas dos indicadores analisados.

⁶ Dessa forma, a correção proposta por El Badry (UNITED NATIONS, 1983) não se aplica para o caso do Brasil em 2000 e 2010.

⁷ Lembrar-se sempre que autoidentificação nas pesquisas domiciliares (incluindo os censos), corresponde à identificação de todos os moradores pelo informante do questionário, que, na maioria das vezes, é uma pessoa respondendo pelos demais moradores, ou seja, uma mescla entre auto e alterdeclaração de raça/cor (LONGO; CAMPOS, 2006).

⁸ Esta variável auxiliar apresenta as seguintes categorias: sem instrução ou fundamental incompleto (0-7 anos de estudo); fundamental completo ou médio incompleto (8-10 anos de estudo); médio completo ou superior incompleto (11- e indeterminado); superior completo.

dos indicadores de fecundidade (BERQUÓ; CAVENGHI, 2014), a partir de algoritmo proposto pela Fundação João Pinheiro. Assim, as categorias de grupos de anos de estudo utilizadas neste trabalho são: 0-3 anos (sem instrução até primário incompleto); 4-8 anos (primário incompleto até ensino fundamental completo); 9-11 anos (ensino médio incompleto e completo); e 12 anos ou mais (ensino médio completo e superior incompleto ou completo).

Métodos

As estimativas das taxas de fecundidade são provenientes da aplicação da razão de P/F de Brass (UNITED NATIONS, 1983). Este método tem como pressuposto que a fecundidade acumulada (P) oferece bom nível da fecundidade, mas que tem problemas na distribuição por idade das mulheres, dado que há problemas de esquecimento em idades mais avançadas no período reprodutivo, além de apresentar outros problemas de declaração para o grupo mais jovem (15-19 anos). No entanto, o método pressupõe que a fecundidade atual equivalente (F) tem distribuição etária (padrão da fecundidade) correta, mas possui subestimação do nível de fecundidade corrente. Assim, a técnica combina as duas informações para indicar possíveis fatores de correção do nível de fecundidade atual a partir da razão entre P/F para grupos de idades das mulheres que, por um lado, não apresentem problemas de declaração e, por outro, ainda fornecem informação atualizada da fecundidade. Em geral, utiliza-se uma combinação dos fatores P/F correspondentes às idades de 20-24, 25-29 e/ou 30-34 anos. No entanto, a escolha deste fator é feita manualmente, a partir da análise da consistência de toda a série P/F, para os sete grupos etários entre 15-49 anos, e também baseada na experiência do especialista.

Em função das mudanças estruturais nas populações em estudo e, em alguns casos, devido a uma amostra pequena (ou população) resultante do cruzamento de variáveis, algumas inconsistências estão presentes nas séries P/F. Foram feitos vários exercícios com o método Relacional de Gompertz (BRASS, 1978), solução proposta por Zaba (1981) e implementada no *Manual X on-line* (MOULTRIE et al., 2013), partindo da premissa que, por ser um método paramétrico, as inconsistências dos dados pudessem ser minimizadas, tornando as estimativas da TFT de melhor qualidade, ou mais próximas do “verdadeiro” valor. No entanto, a análise gráfica dos dados, utilizando-se o *Manual X on-line*, mostraram que os dados de fecundidade corrente para todos os grupos etários e a parturição das mulheres de 20 a 24 anos, e às vezes daquelas de 25 a 29 anos, eram os mais recomendados. Este resultado reafirma a aplicabilidade do método de P/F de Brass aos dados do Brasil com correção de nível da fecundidade, utilizando as informações de mulheres mais jovens. Visto que as escolhas com o método P/F são menos subjetivas do que o método Relacional de Gompertz, neste trabalho, optou-se por utilizar somente a correção indicada pela razão P/F,⁹ que, mesmo diante da queda da fecundidade, apresenta resultados consistentes (CARVALHO, 1985).

⁹ Uma comparação detalhada entre os métodos será apresentada em trabalho futuro.

Importante destacar que, ao se compararem as estimativas ao longo do tempo, principalmente para educação e rendimento, têm-se efeitos de composição devido a possíveis mudanças nas características das mulheres que integram cada grupo de educação e rendimento. Isso porque tais variáveis são medidas no momento da pesquisa analisada e, ao longo dos anos, as mulheres podem ter mudado de categoria e, assim, em teoria poderiam no passado estar expostas às taxas específicas de fecundidade de outras categorias, de menor educação e rendimento, por exemplo. A análise desses dados deve então ter presente este aspecto - o efeito de composição - como fator que pode afetar os resultados obtidos e não necessariamente diferenças no comportamento reprodutivo.

Os regimes de fecundidade entre 2000 e 2010

A diferença entre os níveis da TFT, segundo grupos educacionais e de rendimento médio em salários mínimos, era alta em 2000, com taxas próximas ou acima de 4 filhos por mulher nos estratos mais baixos. Em 2010, esta diferença em valor absoluto diminuiu, indicando maior convergência da taxa em direção à média nacional, mas, em termos relativos, continua ao redor da mesma proporção, com exceção dos grupos educacionais mais altos, que se aproximam mais da média nacional (Tabela 1). Relacionado a esta mudança, e ainda mais interessante, tem-se o fato de que a diminuição da TFT no país na última década, que passou de 2,4 para 1,9 filho em média por mulher (21% de queda), deveu-se principalmente à redução da fecundidade entre as mulheres menos educadas e entre aquelas de *status* econômico mais baixo, como pode ser observado na Tabela 1. Em 2000, por um lado, as taxas de fecundidade das mulheres nos níveis educacionais e econômicos mais baixos ainda eram altas e mostravam maior probabilidade de diminuir e, por outro, as taxas daquelas pertencentes aos grupos educacionais mais altos não registravam queda e, aparentemente, até apresentavam um aumento (em torno de 10%) para mulheres com nove ou mais anos de estudo.

Com relação à educação, somente os dois primeiros grupos educacionais diminuíram a fecundidade no período. Entre 2000 e 2010, a TFT passou de 3,8 para 3,0 filhos, para as mulheres sem instrução ou com até três anos de estudo, e de 2,8 para 2,6 filhos, entre aquelas com quatro a oito anos de estudo. Por outro lado, as estimativas da TFT mostram um aparente aumento, nesse mesmo período, para as mulheres com educação média, de 9 a 11 anos de estudo (de 1,6 para 1,8 filho) e para aquelas com 12 anos ou mais de estudo (de 1,1 para 1,2 filho). A TFT é uma medida de período usada para representar a experiência de uma coorte e a educação é medida no momento da pesquisa e não quando a mulher teve seus filhos. Assim, este resultado da TFT nesta última década pode tanto ser decorrente de uma mudança no comportamento das mulheres mais educadas no que se refere ao exercício da sua fecundidade, como ser simplesmente um efeito de composição educacional (ou, ainda, uma combinação de ambos). A distribuição de mulheres por grupos educacionais, também disponível na Tabela 1, pode dar indicações sobre este comportamento.

Na última década, a população analisada (mulheres de 15 a 49 anos de idade) apresentou uma mudança excepcional na composição educacional. Aquelas com 12 anos ou mais de estudo completo mais do que dobraram em tamanho, nesse período, passando de cerca de quatro milhões para 10 milhões. Assim, sua participação no segmento estudado aumentou de 9,2% para 18,8% do total de mulheres em idade reprodutiva. De forma similar, mas em menor intensidade, houve um crescimento de 60% entre as mulheres com 9 a 11 anos de estudo, passando a representar cerca de 40% do total em 2010, contra 28% em 2000. Na direção contrária, as mulheres de menor escolaridade diminuíram tanto em participação como em valor absoluto, principalmente aquelas incluídas no grupo de 4 a 8 anos de estudo, cuja representatividade passou de 42,9% para 28,0%, entre 2000 e 2010 (Tabela 1).

Tabela 1

Taxas de fecundidade total e distribuição de mulheres de 15 a 49 anos, segundo grupos de anos de estudos e rendimento domiciliar *per capita*
Brasil - 2000-2010

Grupos de anos de estudo e rendimento domiciliar <i>per capita</i>	2000			2010		
	TFT	Mulheres de 15 a 49 anos		TFT	Mulheres de 15 a 49 anos	
		N. abs.	%		N. abs.	%
Anos de estudo						
De 0 a 3 anos	3,8	8.860.171	19.0	3,0	7.540.344	14,1
De 4 a 8 anos	2,8	20.061.172	42.9	2,6	14.996.270	28,0
De 9 a 11 anos	1,6	13.125.451	28.1	1,8	20.922.408	39,1
12 anos ou mais	1,1	4.279.854	9.2	1,2	10.065.866	18,8
Total	2,4	46.731.299	100.0	1,9	53.524.887	100,0
Rendimento <i>per capita</i>						
Sem rendimento e até ¼ SM	4,6	6.532.303	14.0	3,3	8.270.383	15,5
De ¼ a ½ SM	3,2	7.086.790	15.2	2,6	9.725.197	18,2
De ½ a 1 SM	2,4	10.577.392	22.6	1,9	14.554.981	27,2
De 1 a 2 SM	1,8	10.361.690	22.2	1,3	11.898.978	22,2
De 2 a 3 SM	1,4	4.255.674	9.1	1,1	3.800.550	7,1
De 3 a 5 SM	1,3	3.691.935	7.9	1,1	2.756.906	5,2
5 ou mais SM	1,2	4.225.513	9.0	1,1	2.517.891	4,7
Total	2,4	46.731.299	100.0	1,9	53.524.887	100,0

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 2000 e 2010. Microdados da amostra.

Nota: SM = salário mínimo.

O comportamento das mulheres segundo grupos de rendimento médio mensal domiciliar *per capita* em salário mínimo mostra uma história um pouco diferente daquela observada por grupos educacionais (Tabela 1). Os níveis da TFT apresentam queda em todos os grupos econômicos, mesmo entre os mais abastados, nos quais se espera

encontrar as mulheres mais educadas. Somente para dar uma ideia, a TFT daquelas que residiam em domicílio sem rendimento ou que recebiam até um quarto de salário mínimo *per capita* diminuiu de 4,6 para 3,3 filhos por mulher, entre 2000 e 2010 (queda de 28%), e a daquelas residentes em domicílios com cinco ou mais salários mínimos *per capita* passou de 1,2 para 1,1 filho (queda de 8%).

A composição dos grupos econômicos também explica porque as mulheres mais abastadas não apresentavam TFT maior em 2010 quando comparada com a de 2000, como mostrado na história por educação. Ao contrário da análise por educação, os grupos mais abastados diminuíram em tamanho, apesar do aumento do rendimento médio da população e da ampliação das classes socioeconômicas, como apontado pela literatura. Como os dados de rendimento são em faixas de salário mínimo e este teve um aumento real nos últimos anos, apesar da elevação do poder aquisitivo neste período, os grupos de mulheres com maior rendimento de fato são menores em 2010 do que em 2000. Por exemplo, o grupo de mulheres residentes em domicílios com cinco ou mais salários mínimos *per capita* passou de mais de quatro milhões para 2,5 milhões. De fato, todos os grupos de mulheres em domicílios com dois ou mais salários mínimos diminuíram em tamanho e os de menor rendimento aumentaram. Assim, o efeito visto na educação, em que as mulheres melhoraram a escolaridade, causa um aparente aumento da fecundidade nos grupos mais educados, enquanto no rendimento, devido ao aumento real do salário mínimo, os grupos de mulheres menos abastadas aumentam, criando um efeito de composição inverso.

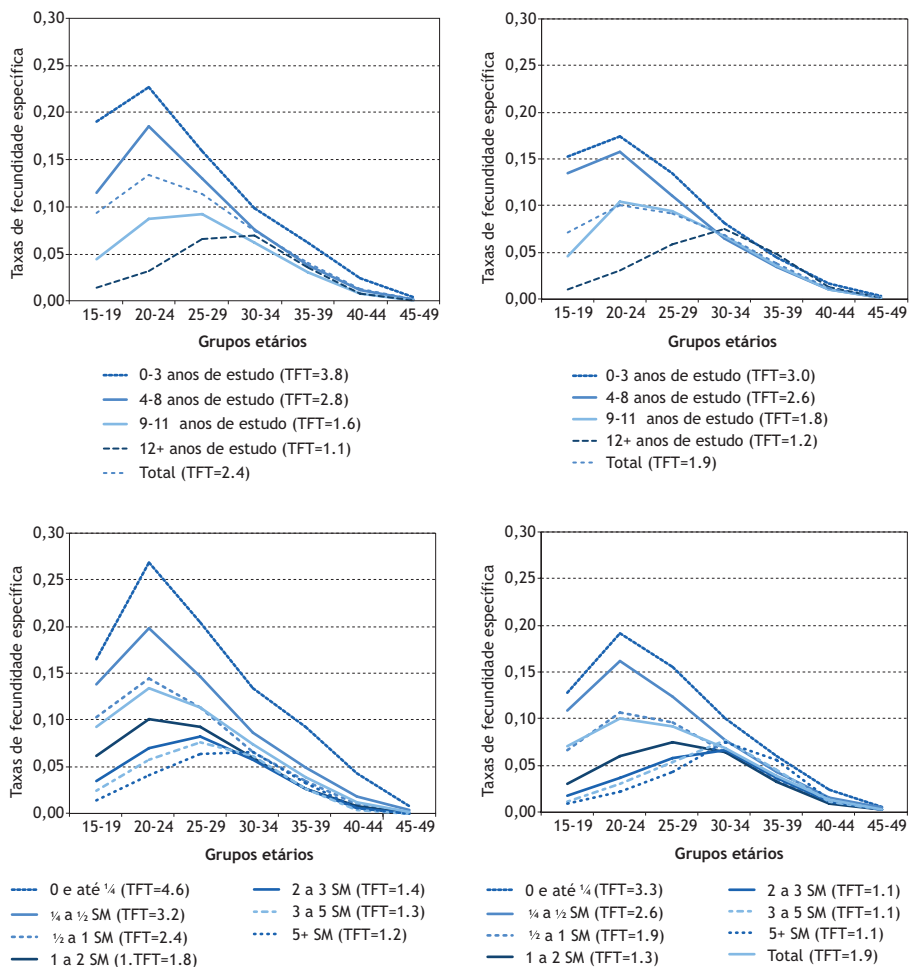
As análises sobre tendências da TFT por grupos educacionais e rendimento em salários mínimos na última década, principalmente, devem ser vistas com muito cuidado devido a esta enorme mudança na composição educacional e de rendimento da população. No entanto, a análise das tendências ocorridas na década com o cruzamento de rendimento e educação ainda podem ser reveladores de tendências importantes no comportamento da fecundidade. Antes de passar a esta análise, é importante conhecer como a distribuição da fecundidade por idade se comportou neste período. O Gráfico 1 apresenta as taxas específicas de fecundidade por idade, segundo grupos de anos de estudo e de rendimento domiciliar. A distribuição da fecundidade com forte componente jovem (15 a 24 anos) é observada para todas as categorias educacionais, com exceção das mulheres com 12 anos ou mais de estudo. Para as categorias de rendimento, as diferenças por idade são maiores, pois a fecundidade é mais concentrada entre as muito jovens se as mulheres residiam em domicílios com até um salário mínimo *per capita*, mas nas demais categorias já se observa que o pico da fecundidade está nas mulheres de 25 a 29 anos e inclusive no grupo de 30 a 34 anos em 2010.

Ainda com relação à fecundidade jovem, vale destacar o comportamento das mulheres de 15 a 19 anos. Embora a década tenha apresentado uma diminuição da fecundidade de mulheres adolescentes e jovens (de 93 para 70 nascidos vivos por mil mulheres), os níveis de fecundidade daquelas nas categoria mais baixas de educação e rendimento são extremamente altos. Para mulheres de 15 a 19 anos de idade com 0 a 3 anos de estudo, e vale lembrar que em 2010 eram 7,5 milhões de mulheres, a

taxa de fecundidade correspondia a cerca de 153 nascidos vivos por mil mulheres, muito próxima da fecundidade daquelas de 20 a 24 anos (174 nascidos vivos por mil mulheres). Mesmo para o grupo de 4 a 8 anos de estudos, a taxa específica das adolescentes e jovens era de 135 por mil, em 2010 (inclusive com aparente aumento - 116 em 2000), contra 10 e 7 por mil, respectivamente, para aquelas com 9 a 11 e 12 anos ou mais de estudo.

Gráfico 1

**Taxas específicas de fecundidade, por grupos etários, segundo grupos de anos de estudo e de rendimento domiciliar per capita
Brasil - 2000-2010**



Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 2000 e 2010. Microdados da amostra.

Nota: SM = salário mínimo.

Apesar da queda da fecundidade, vale notar que, com relação à estrutura da fecundidade por idade, as mudanças ainda são poucas. Importante ressaltar a possível postergação para as mulheres com maior rendimento e, também, as mais educadas. Estas últimas, a despeito do aumento da TFT entre 2000 e 2010, apresentaram diminuição das taxas específicas entre as mais jovens, até 29 anos de idade. Assim, o aumento aparente ocorreu para as mulheres de 30 anos ou mais entre aquelas com maior escolaridade (para o grupo de 9 a 11 anos de estudos, a elevação da taxa se deu em todos os grupos etários). Para as mulheres residentes em domicílios com um ou mais salários mínimos *per capita*, a curva rejuvenesce bastante e muda de forma significativa na década para aquelas com 1 a 2 salários mínimos, mas também de forma importante para aquelas com 2 a 3, 3 a 5 e 5 ou mais salários mínimos. Esta mudança ocorreu para um grupo de 20 milhões de mulheres (do total de 53 milhões).

As Tabelas 2 e 3 apresentam as estimativas da TFT para 2000 e 2010 em categorias educacionais comparáveis, cruzadas com os níveis de rendimento domiciliar mensal *per capita*, apontando as mudanças mais detalhadas que ocorreram na fecundidade na década passada. Pode-se observar também que, apesar da redução, ainda existem diferenciais por educação e rendimento bastante significativos, mesmo com o nível de fecundidade médio nacional tão baixo. A partir das marginais das tabelas, percebe-se que as maiores quedas da TFT no período se deram para as mulheres menos educadas e aquelas com menor rendimento. Observa-se, ainda, manutenção dos níveis nos grupos mais educados, mas queda ainda existente para os grupos de rendimento mais altos, mesmo para seguimentos de mulheres que já apresentavam fecundidade abaixo do baixíssimo (*lowest-low*) nível, como no caso daquelas com rendimento domiciliar de dois ou mais salários mínimos *per capita*.

A análise das Tabelas 2 e 3 também mostra que, para o grupo de mulheres com 9 a 11 anos de estudo, o aumento da fecundidade, entre 2000 e 2010, ocorreu para os grupos de rendimento de até um salário mínimo *per capita*, enquanto para os grupos mais abastados nesta categoria educacional houve diminuição da TFT. Observa-se comportamento contrário entre o grupo de 12 ou mais anos de estudo, ou seja, as mais educadas e mais abastadas foram as que apresentaram pequeno aumento da fecundidade. Apesar da cautela com relação à mudança de composição, isto indicaria uma alteração de comportamento, em que as mais educadas e mais abastadas poderiam estar recuperando uma fecundidade postergada no passado, ou coortes novas poderiam estar aumentando a fecundidade.

Uma forma interessante de olhar os dados da fecundidade é a partir da proporção de mulheres que se encontram em cada regime de fecundidade, por meio do cruzamento de educação e rendimento. Agrupando-se as mulheres em categorias de número de filhos ($\leq 2,1$; $> 2,1$ a $2,9$; $> 2,9$ a $4,9$ e ≥ 5 , grupos marcados em diferentes tons de cinza nas Tabelas 2 e 3 e com resultados apresentados na Tabela 4 para o total, situação de domicílio, região e cor/raça), percebe-se que a maioria encontrava-se nos grupos de menor fecundidade já em 2000. Na década, a maior mudança ocorreu para os grupos de mulheres em regimes mais altos de fecundidade. Por exemplo, em

2000, 6,3% das mulheres ainda tinham regime de fecundidade muito alto, acima de 5 filhos, mas nenhuma estava neste grupo em 2010. Também o número daquelas com mais de 2,9 a 4,9 filhos reduziu-se pela metade e, conseqüentemente, o contingente daquelas com 2,1 a 2,9 filhos apresentou aumento importante na década. Houve aumento, mas não tão significativo do número de mulheres com fecundidade no nível de reposição ou abaixo deste. Como era de se esperar, a queda da fecundidade se deu com maior intensidade entre aquelas que tinham regime mais alto de fecundidade.

Tabela 2

Taxas de fecundidade total das mulheres de 15 a 49 anos, por rendimento médio mensal domiciliar *per capita* em salários mínimos, segundo grupos de anos de estudo
Brasil - 2000

Grupos de anos de estudo	Rendimento médio mensal domiciliar <i>per capita</i>							Total
	Sem rendimento até ¼	¼ a ½ SM	½ a 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	5 e + SM	
De 0 a 3 anos	5,4	3,5	2,6	2,0	1,7	1,5	1,4	3,8
De 4 a 8 anos	4,2	3,4	2,7	2,0	1,7	1,5	1,4	2,8
De 9 a 11 anos	2,4	2,2	1,8	1,6	1,3	1,3	1,2	1,6
12 anos ou mais	2,2	2,0	1,6	1,4	1,3	1,1	1,0	1,1
Brasil	4,6	3,2	2,4	1,8	1,4	1,3	1,2	2,4

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2000. Microdados da amostra.

Nota: SM = salário mínimo.

Tabela 3

Taxas de fecundidade total das mulheres de 15 a 49 anos, por rendimento médio mensal domiciliar *per capita* em salários mínimos, segundo grupos de anos de estudo
Brasil - 2010

Grupos de anos de estudo	Rendimento médio mensal domiciliar <i>per capita</i>							Total
	Sem rendimento até ¼	¼ a ½ SM	½ a 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	5 e + SM	
De 0 a 3 anos	4,3	2,9	1,9	1,5	1,2	1,0	- (1)	3,0
De 4 a 8 anos	3,8	2,9	2,2	1,5	1,2	1,1	- (1)	2,6
De 9 a 11 anos	2,5	2,4	2,0	1,4	1,2	1,2	1,1	1,8
12 anos ou mais	1,1	1,6	1,5	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2
Brasil	3,3	2,6	1,9	1,3	1,2	1,1	1,1	1,9

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010. Microdados da amostra.

(1) Para grupos com menos de 10 mil mulheres os cálculos não foram efetivados.

Nota: SM = salário mínimo.

Os diferenciais por situação de domicílio são bastante visíveis na Tabela 4. A porcentagem de população no país morando em áreas urbanas alcançou mais de 84% em 2010 e, assim, é de se esperar que as mulheres residindo em áreas urbanas determinam a média nacional, mas as mudanças ocorridas na área rural foram incríveis. Em 2000, mais de 20% das mulheres estavam em regime de alta fecundidade, com 5 ou mais filhos, mas, em 2010, nenhuma encontrava-se nesse grupo de fecundidade, mes-

mo morando na área rural. Entre aquelas com regime baixo de fecundidade, menor ou igual a 2,1 filhos, das que moravam na área rural, 20% estavam nesta categoria em 2000 e passaram a representar mais de 40% em 2010. Muito provavelmente o maior acesso aos métodos contraceptivos modernos disponíveis para estas mulheres foi o que permitiu tal queda da fecundidade por terminação, ou seja, pela escolha de menor parturição em vez de espaçamento entre os nascimentos dos filhos.

Este mesmo comportamento dos diferentes regimes de fecundidade podem ser observados por grandes regiões. As diferenças ainda existentes entre as regiões mais e as menos desenvolvidas dão indicação, por um lado, do acesso diferenciado aos métodos contraceptivos e, por outro, provavelmente, do não cumprimento de realização da fecundidade desejada em outras regiões com fecundidades abaixo dos baixíssimos níveis observados em países desenvolvidos. Nas Regiões Sudeste e Sul, quase 70% das mulheres estavam sob regime baixo de fecundidade (abaixo do nível de reposição) em 2010, mas observa-se, principalmente no Sudeste, alguma estagnação dessa porcentagem, pois, em 2000, elas já representavam 66% das mulheres, apesar de a TFT ter passado de 2,1 para 1,7 no período. O Nordeste encontra-se no outro extremo e, como se trata de uma região mais rural do que a Sudeste, tal comportamento seria esperado, mas o fato é que, embora somente 36,4% das mulheres estivessem em regime de fecundidade abaixo da reposição, em 2000, 56,8% delas estavam nesta categoria, em 2010, fazendo com que a TFT da região chegasse ao nível de reposição nesse último ano.

Interessante observar, ainda na Tabela 4, que a distribuição dos regimes de fecundidade por cor/raça segue de perto o comportamento da média de duas regiões. O comportamento das mulheres declaradas brancas espelha o que ocorre na Região Sudeste e o das mulheres declaradas negras assemelha-se à média do Nordeste. Obviamente, a composição por raça/cor destas subpopulações determina este comportamento. A TFT entre as mulheres brancas passou de 2,1 para 1,7 filho, entre 2000 e 2010, e a porcentagem de mulheres em regime de fecundidade abaixo do nível de reposição aumentou de 65,6% para 70%, nesse mesmo período. Ou seja, somente 30% desta população apresentava regime de fecundidade acima da reposição. Já entre as mulheres negras, a fecundidade alcançou o nível de reposição somente em 2010, com quase 50% delas sob este regime e as demais com mais de 2,1 a 4,9 filhos; no entanto, é importante ressaltar que nenhuma se encontrava sob regime de cinco ou mais filhos em média.

Tabela 4
Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos, por grupos de fecundidade,
segundo características selecionadas
Brasil - 2000-2010

Características selecionadas	Ano	Grupos de taxa de fecundidade total (%)					Total de mulheres de 15 a 49 anos	TFT
		≤ 2,1 filhos	> 2,1 a 2,9 filhos	> 2,9 a 4,9 filhos	≥ 5 filhos	Total		
Brasil	2000	54,4	20,2	19,1	6,3	100,0	46.243.562	2,4
	2010	59,1	30,3	10,6	0,0	100,0	53.524.885	1,9
Urbano	2000	60,6	19,9	15,8	3,6	100,0	39.046.012	2,2
	2010	64,0	22,0	13,9	0,0	100,0	46.379.499	1,8
Rural	2000	20,3	21,5	37,4	20,8	100,0	7.197.550	3,4
	2010	41,8	26,6	31,7	0,0	100,0	7.145.386	2,7
Norte	2000	38,6	17,2	33,3	10,8	100,0	3.273.093	3,1
	2010	45,2	23,1	31,7	0,0	100,0	4.325.574	2,5
Nordeste	2000	36,4	28,5	20,2	14,9	100,0	12.426.233	2,7
	2010	56,8	22,7	20,5	0,0	100,0	14.858.471	2,1
Sudeste	2000	66,2	19,1	12,5	2,2	100,0	20.473.621	2,1
	2010	68,4	17,5	14,2	0,0	100,0	22.666.856	1,7
Sul	2000	59,4	24,7	13,7	2,2	100,0	6.865.149	2,2
	2010	68,0	19,5	12,5	0,0	100,0	7.591.018	1,8
Centro-Oeste	2000	58,1	22,9	16,1	2,9	100,0	3.288.544	2,2
	2010	63,4	21,6	15,0	0,0	100,0	4.082.961	2,0
Cor/raça branca	2000	65,8	17,7	13,4	3,2	100,0	25.562.241	2,1
	2010	71,6	22,6	5,8	0,0	100,0	25.919.483	1,7
Cor/raça negra	2000	39,9	23,6	26,5	10,1	100,0	20.087.072	2,7
	2010	48,1	28,0	23,8	0,0	100,0	27.268.918	2,1

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 2000 e 2010. Microdados da amostra.

Análise multivariada

Com o objetivo de estimar o impacto das características socioeconômicas e demográficas para mulheres com baixo, médio e alto número de filhos nascidos vivos, procurou-se ajustar modelos de análise multivariada. Com isso, buscou-se responder algumas questões: quanto cada uma das variáveis utilizadas nas análises do mapeamento dos regimes de fecundidade, em conjunto, explica a variabilidade encontrada no número de filhos nascidos vivos e qual a importância de cada variável incluída no modelo? Quais seguimentos de mulheres, segundo suas características socioeconômicas e demográficas, apresentam, com significância estatística, chances de terem maior ou menor número de filho? Ou ainda, com relação à fecundidade recente, podemos estimar como as características socioeconômicas e demográficas das mulheres estão correlacionadas com a chance de terem tido um filho no último ano? Para cada um dos casos, seria possível também observar se ocorreram mudanças estruturais nestas relações ao longo do tempo?

Para responder às questões colocadas, foram ajustados dois modelos de regressão logística (binomial), aplicados para a variável dependente sobre o número de filhos nascidos vivos, separando as mulheres com até dois filhos e aquelas com cinco ou mais, e um modelo logístico binomial (3b) para a variável dependente sobre ter tido ou não filho nascido vivo no ano anterior à pesquisa (HOSMER; LEMESSHAW, 1989). Adicionalmente às covariáveis de grupos de educação e de rendimento domiciliar mensal *per capita*, foram incluídas nos modelos as variáveis cor/raça, participação efetiva das mulheres no mercado de trabalho (ocupada e não ocupada), situação de domicílio (urbano e rural), idade da mulher na data da pesquisa e região de moradia.

As Tabelas 5 e 6 mostram os resultados dos ajustes dos modelos de fecundidade baixa, alta e recente, em que as categorias de referência das covariáveis são aquelas que aparecem sublinhadas. Em primeiro lugar, é importante analisar os efeitos conjuntos das variáveis. Para 2000 (parte inferior da Tabela 5) e para 2010 (Tabela 6), percebe-se que a maior variabilidade no número de filhos, em todos os modelos, é explicada pela idade. Também, comum nos três modelos, é que o rendimento domiciliar *per capita* constitui o segundo fator que mais explica a variabilidade, seguido pela instrução das mulheres (veja valores da estatística de χ^2 de Wald, quanto maior a estatística, maior a explicação da variabilidade dos dados). Para os modelos de baixa e alta fecundidade, as variáveis mais importantes na explicação da variabilidade são as mesmas (região de residência, ocupação da mulher, cor/raça e situação de domicílio, em ambas explicando muito pouco a variabilidade), mas para o modelo de fecundidade recente, a ocupação aparece como uma covariável importante, visto que a probabilidade de uma mulher com filhos menor que um ano não estar ocupada é muito alta. Todos estes resultados são os mesmos para 2000 e 2010.

Outra informação relevante a ser analisada é o quanto as variáveis incluídas nos modelos explicam em conjunto a variância total dos dados. Este valor correspondia a 33% da variância encontrada na resposta se a mulher tinha até dois filhos, em 2000, e 29% para o mesmo modelo, em 2010. Para os modelos de alta fecundidade, os valores da variância explicada são similares, ou seja, se a mulher tinha cinco ou mais filhos, a variância explicada pelas variáveis incluídas no modelo era de 39% em 2000 e 31% em 2010. O terceiro modelo, para filho nascido no ano anterior à pesquisa, o poder de explicação do modelo é muito baixo, ao redor de 10% nos dois anos. Apesar de os resultados dos modelos mostrarem que a maior parte da variância não é explicada pelas variáveis incluídas no modelo, o que é muito comum e esperado para um modelo logístico, o ajuste do modelo pode ser considerado bom ao analisar outra estatística: a porcentagem de pares concordantes e discordantes. Para todos os modelos nos dois anos, se conhecemos os valores das variáveis independentes para as mulheres, principalmente a idade, o rendimento e a instrução, podemos acertar em mais de 80% das vezes (chegando quase a 90% em alguns casos) se a mulher tinha, por exemplo, até dois filhos ou se tinha mais do que dois para os modelos 1 e 1b (porcentagem concordante nas Tabelas 5 e 6).

Em modelos de regressão logística, o resultado mais importante a ser avaliado é a razão de chances (*odds ratio*) das variáveis independentes com relação a alguma categoria da variável. Nestes modelos, selecionamos a categoria de referência como codificação a ser comparada. Dessa forma, os modelos indicam que, para o ajuste de baixa fecundidade, comparando-se com as mulheres de 45 a 49 anos, as demais têm sempre maior chance de ter tido fecundidade baixa. Ou seja, quanto mais jovem maior é a chance de a mulher se encontrar no grupo de baixa fecundidade. Para o modelo de alta fecundidade, a idade apresenta uma relação inversa à observada para baixa fecundidade, no entanto, os diferenciais são bem menores. Por exemplo, em 2000, uma mulher de 20 a 24 anos tinha cerca de 25 vezes mais chance de ter tido até dois filhos (modelo 1b, Tabela 5), em vez de 3 ou mais, se comparada com uma mulher no grupo de 45 a 49 anos, e tinha 1% da chance da mulher mais velha de ter tido cinco ou mais filhos (modelo 1b, Tabela 6).

As demais variáveis cor/raça, força de trabalho e situação de domicílio apresentam resultados esperados: as mulheres brancas, ocupadas e morando na área urbana têm mais chance de estar na categoria de baixa fecundidade, tanto em 2000 quanto em 2010, mas as diferenças entre as categorias quase se anulam neste último ano (modelos 1 e 1b). Complementarmente, este mesmo grupo de mulheres tem menores chances de ter cinco ou mais filhos (modelos 2 e 2b). Para ilustrar, as mulheres brancas têm 13% a mais de chance do que as negras de estarem na categoria de até dois filhos em 2000, sendo que esta diferença aumenta para 23% em 2010.

Nos modelos de fecundidade recente, a relação entre as variáveis indicam resultados consistentes com o esperado, ou seja, as mulheres de 20 a 24 e 25 a 29 anos são as que possuem maior chance de terem tido filhos no ano anterior. Também, quanto menor o rendimento, maior é a chance de ter tido um filho no último ano, chegando até 3,5 vezes mais de chance se estiver na categoria de sem rendimento ou até $\frac{1}{4}$ de SM em relação àquela em domicílio com cinco ou mais salários mínimos. A educação apresenta tendências diferentes em 2000 e 2010, reflexo das mudanças que ocorreram na estrutura educacional na década. Em 2000, as mulheres com 9 a 11 anos de estudo e mesmo as com 4 a 8 anos aparecem com menor chance de terem tido filho no último ano, quando comparadas àquelas com 12 anos ou mais de estudo, e apenas as com 0 a 3 anos de estudo têm maior chance do que as mais escolarizadas, mas somente 4% a mais de chance. Já em 2010, este comportamento é totalmente inverso e as mulheres com menor instrução são as que aparecem com menor chance de terem tido filho no último ano. Estes fatos precisam de uma análise mais profunda.

Os modelos indicam que as categorias de cor/raça diferenciam pouco as mulheres que tiveram filho no último ano, enquanto o rendimento, a participação na força de trabalho e a situação de domicílio ainda diferenciam muito as mulheres. Aquelas no grupo sem rendimento ou com até $\frac{1}{4}$ de SM têm até 3,5 vezes mais chance de terem tido filho no último ano do que as mulheres com cinco ou mais SM. Da mesma forma, as mulheres não ocupadas na força de trabalho possuem duas vezes mais chance de terem tido filho no último ano, quando comparadas àquelas que estavam ocupadas (as ocupadas tinham ao redor de 0,5, ou 50% da chance das não ocupadas, Tabelas 5 e 6).

Tabela 5
Razão de chances (*odds ratio*), nível de significância estatística, qualidade do ajuste e análise de efeitos para ajuste de fecundidade baixa (modelo 1), fecundidade alta (modelo 2) e fecundidade recente (modelo 3)
Brasil - 2000

Variáveis selecionadas	Razão de chances e nível de significância		
	Modelo 1b FNVT <=2	Modelo 2b FNVT > 5	Modelo 3b FNUA
Intercepto	0,89	-4,36	-6,42
Idade 15-19	466,90 ***	<0,001 ***	24,98 ***
Idade 20-24	25,43 ***	0,01 ***	54,78 ***
Idade 25-29	7,80 ***	0,07 ***	46,44 ***
Idade 30-34	3,79 ***	0,17 ***	29,24 ***
Idade 35-39	2,17 ***	0,33 ***	15,74 ***
Idade 40-44	1,35 ***	0,61 ***	5,43 ***
Idade 45-49	1,00	1,00	1,00
Sem rendimento e até $1/4$ SM	0,15 ***	17,85 ***	3,49 ***
> $1/4$ a $1/2$ SM	0,24 ***	9,89 ***	2,79 ***
> $1/2$ a 1 SM	0,38 ***	5,67 ***	2,21 ***
> 1 a 2 SM	0,58 ***	3,14 ***	1,64 ***
> 2 a 3 SM	0,75 ***	1,93 ***	1,31 ***
> 3 a 5 SM	0,86 ***	1,34 ***	1,19 ***
≥ 5 SM	1,00	1,00	1,00
0-3 anos de estudo	0,25 ***	11,59 ***	1,04 ***
4-8 anos de estudo	0,37 ***	5,36 ***	0,97 ***
9-11 anos de estudo	0,85 ***	1,62 ***	0,83 ***
12 anos e mais de estudo	1,00	1,00	1,00
Branca	1,13 ***	0,71 ***	0,99 ***
Negra	1,00	1,00	1,00
Ocupada	1,04 ***	1,11 ***	0,50 ***
Não ocupada	1,00	1,00	1,00
Urbano	1,06 ***	0,78 ***	1,06 ***
Rural	1,00	1,00	1,00
Norte	0,69 ***	2,37 ***	1,11 ***
Nordeste	1,25 ***	1,31 ***	0,87 ***
Sudeste	1,36 ***	0,94 ***	1,02 ***
Sul	1,35 ***	0,95 ***	1,09 ***
Centro-Oeste	1,00	1,00	1,00
Pseudo-R ²	33%	37%	10%
% concordante	86,8	91,5	73,7
% discordante	13,0	8,2	25,3
% empatado (<i>tied</i>)	0,2	0,3	1,0
Análise dos efeitos (tipo III)	<i>Wald-ChiSquare</i>		
Idade	6366855	2234091	958911
Rendimento	1421195	940106	255676
Anos de estudo	1100692	709841	18912
Cor/raça	19743	65402	127
Trabalho	1725	5385	243021
Sit. residencia	2598	26813	1451
Região	213933	186074	21660

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2000. Microdados da amostra.

*** Nível de Significância < 0.1%.

Tabela 6

Razão de chances (*odds ratio*), nível de significância estatística, qualidade do ajuste e análise de efeitos para ajuste de fecundidade baixa (modelo 1b), fecundidade alta (modelo 2b) e fecundidade recente (modelo 3b)
Brasil - 2010

Variáveis selecionadas	Razão de chances e nível de significância				
	Modelo 1b FNVT <=2		Modelo 2b FNVT > 5		Modelo 3b FNUA
Intercepto	1,87		-5,59		-6,14
Idade 15-19	379,62	***	0,001	***	17,89
Idade 20-24	20,77	***	0,02	***	40,16
Idade 25-29	5,87	***	0,12	***	38,86
Idade 30-34	2,90	***	0,27	***	29,27
Idade 35-39	1,91	***	0,44	***	16,17
Idade 40-44	1,37	***	0,67	***	5,20
Idade 45-49	1,00		1,00		1,00
Sem rendimento e até 1/4 SM	0,13	***	20,77	***	1,92
> 1/4 a 1/2 SM	0,18	***	11,00	***	1,77
> 1/2 a 1 SM	0,34	***	5,25	***	1,37
> 1 a 2 SM	0,56	***	2,48	***	1,05
> 2 a 3 SM	0,71	***	1,46	***	0,94
> 3 a 5 SM	0,81	***	1,24	***	0,98
> 5 SM	1,00		1,00		1,00
0-3 anos de estudo	0,24	***	11,62	***	0,97
4-8 anos de estudo	0,30	***	6,40	***	1,23
9-11 anos de estudo	0,67	***	2,10	***	1,03
12 anos e mais de estudo	1,00		1,00		1,00
Branca	1,23	***	0,64	***	0,98
Negra	1,00		1,00		1,00
Ocupada	0,86	***	1,25	***	0,46
Não ocupada	1,00		1,00		1,00
Urbano	1,10	***	0,81	***	1,08
Rural	1,00		1,00		1,00
Norte	0,73	***	2,25	***	1,00
Nordeste	1,37	***	1,15	***	0,82
Sudeste	1,40	***	0,92	***	0,90
Sul	1,23	***	1,19	***	1,05
Centro-Oeste	1,00		1,00		1,00
Pseudo-R ²	29%		31%		9%
% concordante	85,4		90,2		73,2
% discordante	14,4		9,4		25,6
% empatado (<i>tied</i>)	0,2		0,4		1,2
Análise dos efeitos (tipo III)	<i>Wald-ChiSquare</i>				
Idade	3900136		868584		651736
Rendimento	1433687		652299		92427
Anos de Estudo	1265626		538267		20237
Cor/raça	56710		65028		305
Trabalho	28512		16798		246642
Sit. residência	6774		13120		1573
Região	238217		129521		18368

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010. Microdados da amostra.

*** Nível de Significância < 0.1%.

Vale notar que o efeito do rejuvenescimento da fecundidade pode ser observado nos ajustes do modelo de filho nascido vivo no último ano, comparando-se os ajustes de 2000 e 2010. Em 2000, as razões de chances de ter tido filho no último ano são, em todas as idades, menores do que as apresentadas em 2000, quando se comparam as mulheres em cada grupo etário com aquelas no final do ciclo reprodutivo (45 a 49 anos).

Considerações finais

A diminuição da TFT registrada no Brasil na última década (redução de 21%), que passou de 2,4 para 1,9 filho em média por mulher, deveu-se, principalmente, à queda da fecundidade entre as mulheres menos educadas e entre aquelas de *status* econômico mais baixo. Com as mudanças na estrutura educacional e econômica, principalmente com a valorização do salário mínimo na última década, é importante entender como os grupos de mulheres em uma das categorias educacionais e econômicas mudaram no período e como estas mudanças afetam os resultados das taxas de fecundidade total, que indicam medida de período. Ou seja, nos perguntamos se a TFT das mulheres mais educadas realmente se manteve constante ou até aumentou na última década? Por que este efeito não é visto para as mulheres nas categorias mais altas de rendimento, ou seja, por que a fecundidade no período diminuiu para todos os grupos econômicos analisados?

Com relação à educação, somente os dois primeiros grupos educacionais diminuíram a fecundidade no período. No entanto, a estrutura educacional mudou sobremaneira: entre 2000 e 2010, o número de mulheres com 12 anos ou mais de estudo dobrou de tamanho, passando de 4 para 10 milhões; a participação das mulheres com 9 a 11 anos de estudo ampliou-se em 60%, aumentando de 28% para 40% do total, enquanto a daquelas com 4 a 8 anos de estudo diminuiu de 42,9% para 28,0%.

Com relação ao rendimento, a TFT reduziu-se em todos os grupos. A composição dos grupos econômicos também explica porque as mulheres mais abastadas não apresentam TFT maior em 2010 do que em 2000, como no caso da educação. O aumento real do salário mínimo, indicador usado no trabalho, fez com que algumas mulheres fossem incluídas em categoria mais baixa de rendimento, muito provavelmente porque o salário das pessoas mais abastadas não está vinculado ao valor do salário mínimo. O número de mulheres em domicílios com mais de cinco salários mínimos diminuiu de 4 para 2,5 milhões de pessoas e o daquelas em domicílios com mais de três a cinco salários mínimos reduziu-se de 3,7 para 2,8 milhões de pessoas.

Assim, na década, o perfil da fecundidade mudou mais para os grupos de mulheres em regimes mais altos de fecundidade. Em 2000, 6,3% das mulheres tinham cinco ou mais filhos, passando para 0%, em 2010; o número de mulheres com regime de 2,9 a 4,9 filhos diminuiu pela metade, enquanto o daquelas com fecundidade no nível de reposição ou abaixo aumentou, mas não tão significativamente.

Os diferenciais no perfil da fecundidade por situação de domicílio são ainda altos na última década. Também são elevados os diferenciais regionais, com as Regiões Norte

e Nordeste apresentando os maiores diferenciais, mas o Nordeste já se aproxima mais do perfil das regiões mais desenvolvidas (Sul, Sudeste e Centro-Oeste). Com relação à cor/raça, os diferenciais no perfil ainda são altos, mesmo em vista de TFTs já bastante próximas para estes grupos populacionais.

O ajuste multivariado estatístico mostra que, tendo controlado o efeito da idade, o rendimento domiciliar *per capita* é o fator que mais explica a probabilidade de as mulheres terem filhos em qualquer dos três modelos estudados; a instrução das mulheres aparece em segundo lugar. Em geral, os resultados dos modelos de 2000 e 2010 apresentam-se muito parecidos, com exceção da variável educação, em que os resultados de 2010 parecem ser incoerentes e, portanto, necessitam de melhor detalhamento.

Os resultados indicam que, de fato, não existe uma reversão significativa no comportamento da fecundidade das mulheres por grupos educacionais e de rendimento na última década. No entanto, é necessária a realização de outras análises, utilizando, por exemplo, a variável de rendimento em valores nominais, para verificar se os efeitos de composição devido à melhora do salário mínimo são minimizados. Com relação à educação, estudos que controlem o efeito da mudança educacional são ainda necessários.

Referências

- AGRESTI, A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley & Sons, 1990.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. A contribuição das políticas públicas na recente redução da pobreza e das desigualdades no Brasil, In: 7º ENCONTRO DA ABCP. *Anais...* Recife/PE, 2010. Disponível em: <http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2010/arquivos/9_6_2010_17_23_42.pdf>.
- BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S.; MENDONÇA, R. S. P. Uma análise das principais causas da queda recente da desigualdade de renda brasileira. *Econômica*, v. 8, n.1, p. 117-147, jul. 2006.
- BERQUÓ, B.; CAVENAGHI, S. *Tendências dos diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil entre 2000 e 2010*. Abep, 2104. Mimeografado.
- _____. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. In: XXV INTERNATIONAL CONFERENCE IUSSP. *Anais...* Tours, França, 2005.
- _____. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. *Anais...* Caxambu: Abep, 2004.
- BRASS, W. *The relational Gompertz model of fertility by age of woman*. London: Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1978.
- BRETON, D.; PRIoux, F. The one-child family: France in the European context. In: EUROPEAN POPULATION CONFERENCE. *Anais...*, Barcelona, 2008.

- CARVALHO, J. A. M. Applicability of Brass fertility technique to declining fertility or an open population. In: INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE. **Anais...** Florence: IUSSP, 1985.
- CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. Diversity of childbearing behaviour within population in the context of below replacement fertility in Brazil. In: UNITED NATIONS EXPERT GROUP MEETING ON RECENT AND FUTURE TRENDS IN FERTILITY. New York: Population Division, United Nations Department of Social and Economic Affairs, 2-4 December 2009. Disponível em: <www.un.org/esa/population/meetings/...Fertility2009/P10_Cavenaghi.pdf>.
- HOSMER, D.; LEMESSHAW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley-Interscience Publication, 1989.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Metodologia do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003 (Série Relatórios Metodológicos, v. 25).
- _____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a (Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27).
- _____. **CD 2010: questionário da amostra, Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/download/questionarios/censo2010_amostra.pdf>.
- IPEA. Trajetória recente da mudança na identidade e na estrutura social brasileira. **Comunicado da Presidência**, n.34, novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>.
- KOHLER, H. P.; BILLARI, F. C.; ORTEGA, J. A. The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. **Population and Development Review**, v. 28, n. 4, p. 641-680, 2002.
- LONGO, L. A. F. B.; CAMPOS, M. B. Auto ou alter-declaração? Uma análise da informação de raça/cor nas pesquisas domiciliares. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15. **Anais...** Caxambu: Abep, 2006.
- MORGAN, S. P. Is low fertility a twenty-first-century demographic crisis? **Demography**, v. 40, n. 4, p. 589-603, 2003.
- MOULTRIE T.A. et al. **Tools for Demographic Estimation**. Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2013. Disponível em <<http://demographicestimation.iussp.org>, acessado em 13 de Janeiro de 2014>.
- RIOS-NETO, E. Passado, presente e futuro da fecundidade: uma visão de idade, período e coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.17, n.1/2, jan./dez. 2000.
- NERI, M. **Crônica de uma crise anunciada**. Choques externos e a nova classe média. Rio de Janeiro: FGV, 2009.
- SOARES, S. S. D. Análise de bem-estar e decomposição por fatores da queda na

desigualdade entre 1995 e 2004. *Econômica*, v. 8, n. 1, p. 83-115, 2006.

SOUZA, A.; LAMOUNIER, B. A. *Classe média brasileira: ambições, valores e projetos de sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2010.

UNITED NATIONS. Manual X: indirect techniques for the demographic estimation. *Population Studies*, n. 81, 1983.

ZABA, B. *Use of the Relational Gompertz Model in Analysing Fertility Data Collected in Retrospective Surveys*. Centre for Population Studies Research Paper 81-2. London: Centre for Population Studies, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1981.

WONG, L. R. A projeção da fecundidade - Um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. *Anais...* Caxambu: Abep, v. 1, 2000.

WONG, L. R.; PERPÉTUO, I. H. O. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda da fecundidade no Brasil. In: BERQUÓ et al. (Orgs.). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 71-86.

Agradecimentos

Projeto apoiado pelo CNPq, Universal 480541/2012-4.

Apêndice

Conceitos importantes

Não obstante o conceito de regime de fecundidade ser bastante conhecido na área de demografia, uma sistematização/definição deste conceito é necessária para um público mais amplo. A taxa de fecundidade é o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao final de sua vida reprodutiva se estivesse sujeita às taxas específicas de fecundidade atual ao longo de seu período reprodutivo. Como as mulheres, em geral, estão mais sujeitas à ocorrência da maternidade entre os 15 e os 49 anos de idade, e na população a cada momento se têm mulheres em diferentes momentos do período reprodutivo, a taxa de fecundidade é uma medida aproximada que tenta estimar quantos filhos em média estas mulheres terão, independentemente da idade atual, ao chegar ao final do seu período reprodutivo.

Em geral, em situações em que a taxa de fecundidade está em declínio, a TFT estimada é uma medida máxima do número médio de filhos que a população sob estudo terá ao longo de sua vida reprodutiva. Se a fecundidade aumentar no período, a estimativa da TFT poderá subestimar a taxa futura. Assim, denomina-se que as mulheres encontram-se sob um regime de fecundidade quando estão sujeitas a certa distribuição da taxa de fecundidade por idade e esta não mudará à medida que a mulher avança no período reprodutivo. Por exemplo, estimar que 50% da população branca em 2000

estava sob regime de fecundidade abaixo da reposição não significa dizer que todas as mulheres brancas em 2000 tinham em média menos de 2 filhos, mas sim que, se as mulheres brancas entrevistadas no censo de 2000 estiverem daquele momento em diante sujeitas às taxas de fecundidade específica por idade observadas em 2000, espera-se que, ao final de sua vida reprodutiva, tenham em média menos de 2 filhos.

Vale ressaltar que o uso deste conceito é necessário, pois, se fosse utilizada a alternativa de número médio de filhos ao final do período reprodutivo - a descendência média final - não se teria uma estimativa atual do comportamento esperado da fecundidade, ou seja, somente seria possível estimar a fecundidade para mulheres que já terminaram seu período reprodutivo na atualidade, mas que estiveram sob regimes de fecundidade mais altos no passado.

Outro conceito importante na proposta é sobre mapeamento socioeconômico da fecundidade. Este termo foi utilizado para identificar o nível de fecundidade para seguimentos de mulheres que satisfizessem as condições de pertencer a certa categoria educacional e certa categoria de rendimento domiciliar *per capita*. O panorama completo, que dá conta de preencher todas as celas disponíveis neste cruzamento, é o que se denomina de mapeamento socioeconômico. Adicionalmente, vincula-se a cada cela desta matriz o número de mulheres sob aquele regime de fecundidade.

El conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela

Carlos Javier Echarri Cánovas¹

Resumen

Aun en ausencia de una política explícita en esta materia, la fecundidad en Venezuela ha seguido un recorrido descendente, caracterizado además por el menor ritmo de reducción de la tasa de fecundidad adolescente. El país presenta una nupcialidad temprana y casi universal, lo que tiene un impacto directo en el calendario de la fecundidad. Usualmente se toma conocimiento de los métodos anticonceptivos como un prerrequisito para su utilización. Sin embargo, la forma de medir ese conocimiento puede reflejar más el haber oído hablar de ellos que la comprensión de su forma de funcionamiento, efectividad, contraindicaciones y posibles efectos secundarios. Las personas deben tener ciertos conocimientos mínimos sobre los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones informadas sobre el control de su fecundidad. En ese marco, este artículo utiliza datos de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) de 2010 para medir el conocimiento efectivo de la anticoncepción, considerándolo como parte de los derechos reproductivos. Entre los principales hallazgos del estudio, resulta sumamente preocupante que el 15% de las usuarias de la píldora, el 5% de quienes han optado por el DIU o los inyectables, el 16% de las usuarias de condón y el 51% de las que recurren a la abstinencia periódica desconozcan su uso correcto, lo que las expone al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado.

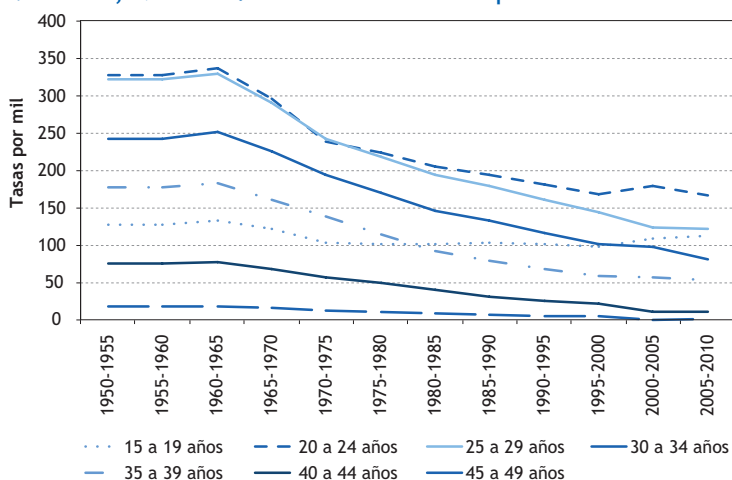
Palabras clave: anticoncepción, conocimiento efectivo de la anticoncepción, Venezuela.

¹ Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México (cecha@colmex.mx).

Introducción

Como en el resto de los países de la región, la fecundidad en Venezuela ha seguido un recorrido descendente, aún en ausencia de una política gubernamental explícita en este sentido. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) estima una reducción del 60,5% de este indicador entre el quinquenio que se extiende entre 1950 y 1955, cuando el nivel de la fecundidad era alto, y el de 2005-2010, en el que se registró un valor que califica al país en un rango intermedio (CELADE-CEPAL, 2008). Esta evolución también tiene un rasgo común con sus vecinos: el menor ritmo de reducción de la tasa de fecundidad adolescente, como lo muestra el gráfico 1.

Gráfico 1
Venezuela, 1950-2010: evolución de las tasas específicas de fecundidad



Fuente: 1950-2000: CELADE-CEPAL, 2004; 2000-2010: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.

Del conjunto de variables intermedias de la fecundidad —la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la infecundidad post parto y el aborto inducido, según la formulación de Bongaarts (1978 y 1982)—, la que tiene mayor impacto es el uso de anticonceptivos, además de ser la más factible de intervención mediante las políticas públicas. Respecto de la nupcialidad, en Venezuela es temprana y casi universal: una de cada cinco mujeres de entre 15 y 19 años de edad ya ha entrado en una unión, y solo una de cada 10 permanece soltera a los 45 años. Esto tiene un impacto directo en el calendario de la fecundidad, pues el porcentaje de mujeres que ha sido madre pasa del 18,6% en el grupo de 15 a 19 años al 62% en el de 20 a 24 años.

Usualmente se toma el conocimiento de los métodos anticonceptivos como un requisito para su utilización —aunque esta afirmación puede no ser cierta en casos de violación de los derechos sexuales y reproductivos, como las esterilizaciones o la colocación del DIU sin autorización expresa. Sin embargo, la forma de medir el

conocimiento de los métodos anticonceptivos puede reflejar más el haber oído hablar de ellos que la comprensión de su forma de funcionamiento, su efectividad, las contraindicaciones y sus posibles efectos secundarios. Si bien el conocimiento preciso de los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que evitan una concepción pueda escapar a la mayoría de la población, es importante que las personas tengan ciertos conocimientos mínimos de las características de los métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones informadas sobre el control de su fecundidad. De esta manera, esos conocimientos deberían ser considerados como parte de los derechos reproductivos de la población. En ese marco, se procura en este trabajo medir el conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela mediante los datos provistos por la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) de 2010.

Características generales de la ENDEVE 2010

La ENDEVE 2010, incluida dentro del marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH), buscó recopilar información sobre la dinámica demográfica del país y, dentro de ese contexto, destacar aspectos orientados a la planificación social, además de medir: a) la composición del hogar y ciertas características de la población; b) la fecundidad, la salud sexual y reproductiva; c) la mortalidad; d) la salud y la morbilidad, y e) la violencia conyugal hacia la mujer.

Si bien las otras fuentes del subsistema, particularmente las estadísticas vitales y los censos de población, proporcionan información de las distintas dimensiones demográficas —la fecundidad reciente, la fecundidad acumulada, los hijos sobrevivientes, entre otras— y sus diferenciales según características socioeconómicas de los padres, la encuesta brinda una información muy específica, no considerada en otras fuentes, sobre:

- los niveles y patrones de fecundidad desde una perspectiva longitudinal o por generación, a partir de la información aportada por la “historia de embarazos”, la “historia matrimonial” y la “historia de vida sexual”;
- el conocimiento y el uso de anticonceptivos, además de la actitud frente a ellos;
- los factores psicológicos, culturales, sociales, económicos y demográficos que influyen en los niveles y patrones de la mortalidad, la migración y la fecundidad, así como en la salud sexual y reproductiva de la población.

La información suministrada por la encuesta derivó de la operacionalización de categorías inscritas en un determinado marco conceptual, con el propósito de lograr una visión integrada de los distintos factores que influyen sobre la dinámica demográfica. La idea fue aplicar marcos interpretativos que profundizaran la interpretación del fenómeno; tal fue el caso del enfoque de género, que aporta una visión sobre la fecundidad no solo desde el punto de vista de la mujer, sino también desde la perspectiva del comportamiento y las actitudes de la pareja.

El objetivo general de la encuesta fue proveer información actualizada, confiable y oportuna que permita determinar el comportamiento de factores sociales, económicos y demográficos en los niveles y patrones de la fecundidad en Venezuela.

El propósito inicial de la encuesta era obtener información sobre los niveles y patrones de la fecundidad, la mortalidad y la migración² en el ámbito nacional por dominios de estudio, y conocer la forma en que los factores económicos, culturales y sociales influyen en la dinámica demográfica de la población. De acuerdo con eso, se especificaron temas y variables fundamentales que orientaron la preparación de las distintas secciones del cuestionario y que permitieron idear las tabulaciones respectivas. A tales efectos, combinando propuestas y documentos referidos en la bibliografía, se consideró la siguiente clasificación:

- Temas relativos a los niveles y patrones de la fecundidad: contemplaron la medición del número y el espaciamiento de los nacimientos tenidos según estratos socioeconómicos de la población (Echarri, 2008). La información se obtuvo principalmente en las secciones del cuestionario dedicadas a la historia de embarazos y nupcialidad y de la actividad sexual.
- Temas relativos a los factores de la fecundidad: se distinguieron grupos de variables de naturaleza socioeconómica (trabajo y educación) y de movilidad espacial. La especificación de esta última, concretada mediante la urbanización, se hizo a partir de las características del lugar de residencia actual y anterior, y la migración entre ellos, respecto del lugar de nacimiento. La información sobre estas variables estaba contenida en las secciones del cuestionario dedicadas a las características generales de las mujeres en edad fértil (edad, residencia, educación, tipo de empleo), nupcialidad y actividad sexual (educación y empleo del cónyuge o esposo). En relación con la hipótesis de partida, sobre los efectos del desmejoramiento del nivel de vida en el comportamiento reproductivo, se planteó la inclusión de variables dirigidas a la clasificación de la mujer entrevistada según estratos socioeconómicos.
- Variables intermedias: son aquellas a través de las cuales los factores socioeconómicos influyen en la fecundidad, y comprenden las que afectan el inicio de la actividad sexual, el riesgo de concebir, la gestación y el éxito del parto. Entre estas variables se encuentran los períodos de separación, la edad al contraer matrimonio o realizar la primera unión sexual, el conocimiento y el uso de anticonceptivos, la fecundidad y sus dificultades.

Los objetivos específicos considerados en este proyecto atendieron a las dos últimas categorías de variables intermedias: las que afectan el riesgo de concebir y las que inciden en la gestación y el éxito del parto. Se propusieron variables relativas a los factores que influyen en la actividad sexual, y concretamente en la frecuencia de las relaciones sexuales.

² Si bien estos dos últimos temas se consideraron en los objetivos originales de la encuesta, el tamaño de la muestra no permitió producir información al respecto.

Si bien es cierto que la frecuencia de las relaciones sexuales es un factor que incide sobre la concepción, es difícil aislar su efecto en el sentido de poder afirmar que las relaciones muy frecuentes favorezcan la concepción o que el mantenimiento de relaciones normales, en parejas no contraceptivas, signifique la seguridad de ser fecundada en la próxima ovulación (Pressat, 1967). A nuestro modo de ver, este factor debe ser considerado desde una perspectiva más amplia, en el ámbito de las variables concernientes a la sexualidad, las relaciones sexuales, los hábitos sexuales y la comunicación entre la pareja.

- Variables psicosociales y culturales: son aquellas relativas a comportamientos, valores, motivaciones, expectativas, entre otras, acordes con la formas de participación y con la racionalidad reproductiva (Bolívar Chollet, 1984). En este caso existen variables como las actitudes hacia el tamaño y la limitación de la familia, el espaciamiento y el sexo de los hijos. Otros factores involucrados en la dimensión psicosocial y cultural tienen que ver con la satisfacción de aspiraciones de figuración social y con la intención de disfrutar de viajes y otras comodidades, que serían difíciles de incluir en esta encuesta. La información sobre estas variables, además de la contenida en las historias de embarazos y nupcialidad, se localizó en las secciones de anticoncepción y preferencias reproductivas.

El cuestionario de mujeres en edad fértil estaba dirigido a mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años previamente seleccionadas. A partir de este instrumento se recabó toda la información referente a la fecundidad, la lactancia materna, la nupcialidad, la actividad sexual, las enfermedades de transmisión sexual y la violencia conyugal. El cuestionario se estructuró en función de 12 secciones temáticas:

- Sección I: Características de las mujeres en edad fértil.
- Sección II: Fecundidad.
- Sección III: Historia de embarazos.
- Sección IV: Preferencias reproductivas.
- Sección V: Anticoncepción.
- Sección VI: Embarazo, parto y puerperio.
- Sección VII: Lactancia materna.
- Sección VIII: Inmunización y salud.
- Sección IX: Nupcialidad y actividad sexual.
- Sección X: VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- Sección XI: Cáncer mamario y del cuello uterino.
- Sección XII: Violencia conyugal hacia la mujer.

La unidad de investigación considerada fue el hogar, el que contiene a las personas que se analizan. Las unidades de análisis, sobre las cuales se recabó la información requerida por el estudio, fueron las personas, los hogares y las viviendas. La unidad de observación, en tanto, fue el informante, definido como cualquier miembro del hogar mayor de 15 años que tuviera la capacidad de suministrar información relativa a las personas que habitaran en él.

El marco muestral utilizado para la ENDEVE estuvo constituido por la Muestra Maestra 2001 del Instituto Nacional de Estadística (INE), construida a partir del registro de edificación (para la zona urbana) y las carpetas parroquiales rurales (para la zona rural), información generada a raíz de la planificación del XIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 de Venezuela.

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, una modalidad que exige que todos los elementos del universo estadístico tengan una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionados. La clase de muestreo fue estratificado trifásico. Los estratos de selección estaban dados por el área urbana/rural dentro de cada entidad federal. La primera fase consistió en la selección de lotes para la Muestra Maestra 2001 con independencia del área urbana/rural dentro de cada entidad federal. En la segunda fase se seleccionaron lotes del área urbana de la Muestra Maestra 2001 para la muestra de la ENDEVE, con una probabilidad proporcional al número de viviendas de uso familiar ocupadas en los segmentos/sectores registrados en el censo de 2001, empleando para ello un mecanismo de selección sistemático, ordenando los lotes por municipio, parroquia, segmento y lote. En la tercera fase se seleccionaron mujeres en edad fértil dentro del hogar de acuerdo a la fecha de nacimiento. Para garantizar la aleatoriedad se escogió a la última mujer en edad fértil en cumplir años.

Inicialmente se estimó un tamaño de muestra cercano a los 40.000 hogares, que permitiese estimaciones a nivel de entidad, pero por restricciones económicas debió reducirse. La segunda propuesta fue diseñada para 23.400 viviendas repartidas en tres dominios de estudio, pero el presupuesto previsto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tampoco resultó suficiente para abarcar tal cantidad de viviendas. Con los recursos que dispuso el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) solo se alcanzó a levantar una muestra aproximada de 10.440 viviendas.

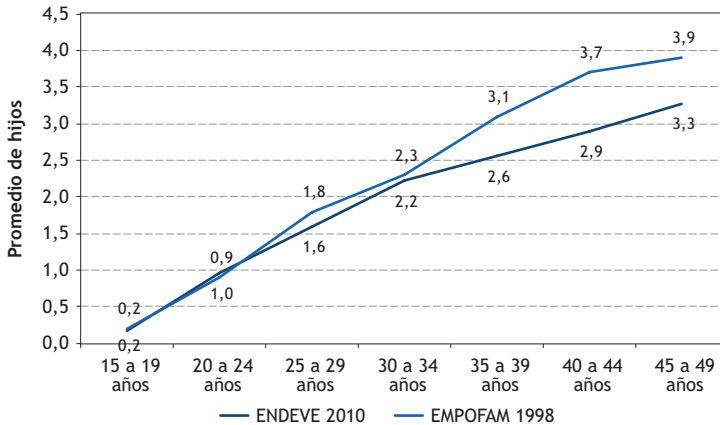
Es importante señalar que la disminución del tamaño de la muestra restringió las estimaciones a nivel de los dominios o unidades administrativas menores. La muestra de la ENDEVE es muy pequeña para proveer resultados a nivel de entidad, razón por la cual los tabulados y los indicadores que se han calculado se presentan únicamente en valores relativos. En total lograron relevarse 6.337 hogares, que reúnen a 28.471 personas y 3.823 mujeres en edad fértil.

Evolución reciente de la fecundidad en Venezuela

El análisis de los datos surgidos de la ENDEVE 2010 respecto de la paridez alcanzada en cada grupo de edad muestra que se han producido importantes reducciones al comparar con los resultados de la Encuesta Nacional de Población y Familia (EMPOFAM) de 1998 (véase el gráfico 2). Los cambios más importantes se observan después de los 30 años de edad: el número promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de entre 35 y 39 años pasó de 3,1 en 1998 a 2,6 en 2010, mientras que para el grupo de 40 a 44 años la paridez se redujo de 3,7 a 2,9, es decir, disminuciones de 16,3% y 21,2%, respectivamente. La menor magnitud de las diferencias en las edades más

jóvenes es un indicador de que las mujeres venezolanas están teniendo sus hijos a edades relativamente jóvenes y recurriendo al control de la fecundidad después.

Gráfico 2
Venezuela, 1998 y 2010: número promedio de hijos nacidos vivos, según grupos quinquenales de edad de las mujeres



Fuente: Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 e Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.

Nota: Elaboración del autor.

Al calcular las tasas específicas de fecundidad —el número de nacimientos en un año por cada mil mujeres de cada grupo de edad— se observa una tendencia al aumento de la fecundidad adolescente, que se registró ya a partir de los datos de la Encuesta Social (ENSO) de 1993 (véanse el cuadro 1 y el gráfico 3). En cambio, la tasa del grupo de 20 a 24 años se incrementó entre 1993 y 1998 y luego se redujo en un 15% en 2010. En los dos siguientes grupos de edad los descensos entre la EMPOFAM y la ENDEVE fueron aún mayores, de poco más del 20%.

Considerando la experiencia de las mujeres de todos los grupos de edad se obtiene la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva de acuerdo con estos patrones de fecundidad. Respecto de este indicador, el cuadro 1 muestra que después de un ligero aumento entre 1993 y 1998, la tasa global de fecundidad en Venezuela se redujo de 2,73 a 2,3 hijos por mujer. Cabe señalar que las tasas específicas de fecundidad de la ENDEVE corresponden a las medias móviles trienales, por lo que el período de referencia sería el año 2009.

Cuadro 1
Venezuela, 1993, 1998 y 2010: tasas específicas de fecundidad* por grupos quinquenales de edad y tasa global de fecundidad

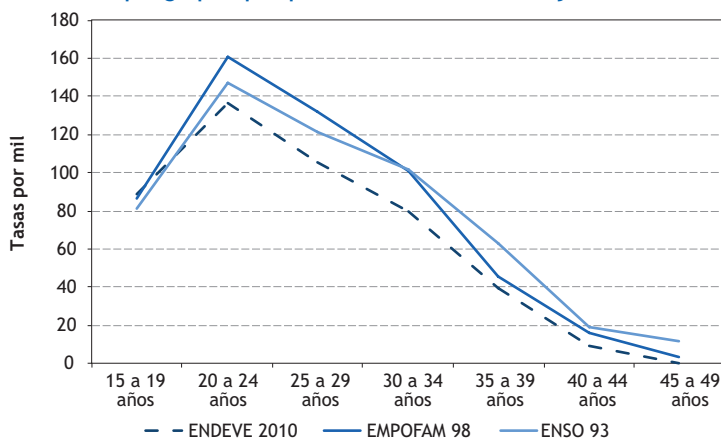
	ENDEVE 2010	EMPOFAM 1998	ENSO 1993
15 a 19 años	89,0	86,5	81,3
20 a 24 años	136,6	161,0	146,8
25 a 29 años	105,3	132,0	121,4
30 a 34 años	79,4	100,8	101,9
35 a 39 años	39,9	45,5	62,8
40 a 44 años	9,4	16,0	18,8
45 a 49 años	0,0	3,4	11,7
TGF	2,30	2,73	2,72

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010 y Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 y la ENSO 1993.

* Nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres.

Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 3
Venezuela, 1993, 1998 y 2010: tasas específicas de fecundidad* por grupos quinquenales de edad de las mujeres



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010 y Freitez (2001) para la EMPOFAM 1998 y la ENSO 1993.

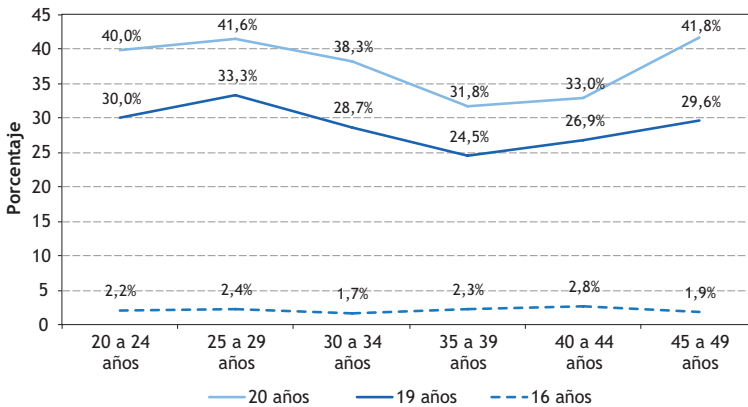
* Nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres.

Nota: Elaboración del autor.

Otro elemento que es importante analizar para conocer el contexto general de la fecundidad en Venezuela es el inicio temprano de la maternidad. El gráfico 4 muestra los porcentajes de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de tres edades: a los 20 años, lo que correspondería a la fecundidad adolescente; a los 19 años, considerada maternidad en menores de edad, y a los 16 años, es decir, una fecundidad muy temprana, que puede incluso poner en riesgo la vida de estas niñas, además de la posibilidad de que, al igual que en el caso de la segunda categoría, sea el resultado

de relaciones sexuales forzadas o que se dieron en contextos de coerción. Llama la atención que cerca de tres de cada 10 mujeres venezolanas tuvieron su primer hijo antes de los 19 años, y la tendencia por grupos de edad tiene un paralelismo con aquella de la fecundidad adolescente. Por otra parte, la fecundidad muy temprana es poco frecuente, pero afecta a alrededor de una de cada 50 venezolanas.

Gráfico 4
Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres que han sido madres antes de los 16, los 19 y los 20 años de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Anticoncepción

El conocimiento de métodos anticonceptivos es casi universal en Venezuela, con niveles de alrededor del 95% para la mayoría de ellos, aunque con la excepción de la esterilización femenina, que solo es mencionada por cuatro de cada 10 mujeres.

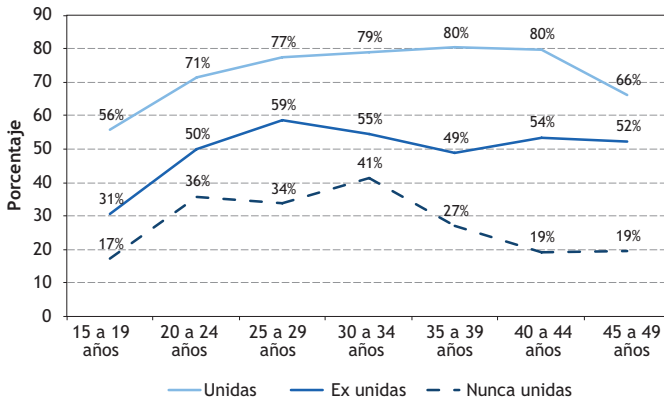
La prevalencia del uso de anticonceptivos es bastante alta: según los datos de la ENDEVE llega a cuatro de cada cinco mujeres unidas de entre 30 y 45 años de edad y a tres de cada cuatro si se considera al conjunto de mujeres en edad fértil unidas. La mayor parte del uso corresponde a métodos modernos, como se verá más adelante. Además, el control de la propia fecundidad es también bastante elevado entre las mujeres que antes estuvieron unidas pero ya no lo están, alcanza a poco más de la mitad en ese caso, e incluso entre las solteras, pues una de cada cuatro están protegidas contra un embarazo no planeado –cuatro de cada 10 en el grupo de 30 a 34 años (véase el gráfico 5).

La distribución de los métodos anticonceptivos actualmente usados cambia con la edad de las mujeres: hay una clara predilección por las píldoras entre las más jóvenes –aunque llama la atención el uso del condón entre las menores de 20 años–, pero a partir de los 30 años la esterilización es el método más usado, hasta llegar a tres de

cada cuatro en el último grupo de edad (véase el gráfico 6). Estos altos porcentajes también se explican por el carácter acumulativo de este método definitivo. Cabe resaltar que mientras el 40% de las mujeres venezolanas en edad fértil están esterilizadas, solo el 3,7% de sus parejas recurrieron a la vasectomía, una razón de más de 10 a uno que muestra la mucho menor participación del varón en la anticoncepción.

Gráfico 5

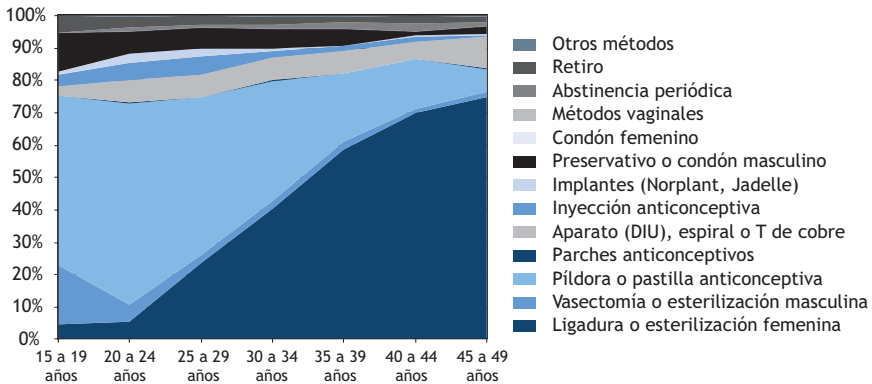
Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad, según situación conyugal



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 6

Venezuela, 2010: distribución porcentual de mujeres en edad fértil que usan actualmente métodos anticonceptivos, según método utilizado, por grupos quinquenales de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Una de cada cuatro mujeres utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, y aunque esta proporción ha ido aumentando en las generaciones más jóve-

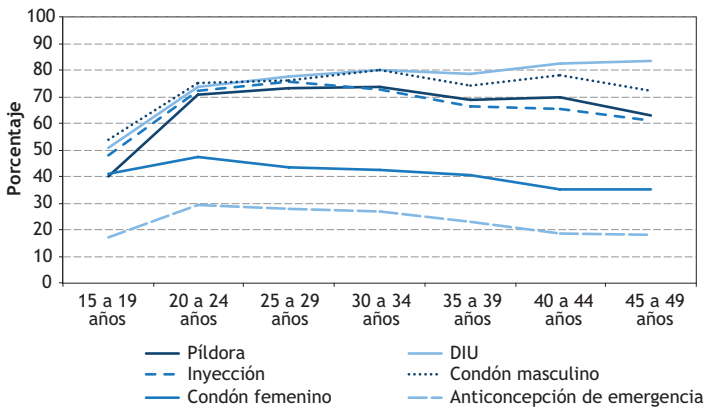
nes, llama la atención la reducción que se observa en las menores de 20 años. Sin embargo, poco más de la mitad de las más jóvenes que están en una mejor situación económica utilizó un método en la primera relación sexual. El método más usado en esa ocasión fue la píldora, con casi 55%; en las mujeres más jóvenes, el 34% ha recurrido al condón como forma de protección.

Conocimiento efectivo de la anticoncepción

El conocimiento de métodos anticonceptivos en Venezuela es casi universal, como ya se dijo, con niveles de alrededor del 95% para la mayoría de los métodos, aunque con la excepción de la esterilización femenina, que solo es mencionada por cuatro de cada 10 mujeres. La ENDEVE incluyó preguntas novedosas para acercarse al conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos. A partir de esa información, el gráfico 7 muestra los porcentajes de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad. Este conocimiento parece darse antes de los 20 años en alrededor de tres cuartas partes de las mujeres, aunque hay métodos menos conocidos, como el condón femenino, con un nivel del 41%, y la anticoncepción de emergencia, que la sabe usar menos de una de cada cuatro venezolanas y solo el 17% de las menores de 20 años.

Gráfico 7

Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos métodos anticonceptivos, por grupos quinquenales de edad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Al comparar el conocimiento estándar de cada método con el efectivo se encuentra que el 34,7% de las venezolanas que dicen conocer las píldoras, ya sea de manera espontánea o inducida, en realidad las desconocen de manera efectiva. Lo mismo ocurre con una cuarta parte de las que conocen el DIU, una tercera parte en el caso de los inyectables, el 27% de las que conocen los condones masculinos y el 55% de los femeninos, pero este porcentaje llega al 51% en relación al ciclo menstrual –cuyo

método asociado es el ritmo— y al 72% para la anticoncepción oral de emergencia (véase el gráfico 8). Se observa entonces una clara divergencia entre lo que parecería una situación ideal, de conocimiento casi universal de los métodos anticonceptivos, y otra más apegada a la realidad, en la que el conocimiento efectivo es más reducido, no alcanza a la mitad para el condón femenino y el ritmo, y es bajo para la anticoncepción de emergencia. Llama la atención la escasa diferencia entre los niveles de conocimiento efectivo de los anticonceptivos entre el total de las mujeres y aquellas que declaran conocer los métodos.

Cuadro 2

Venezuela, 2010: porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen el uso correcto de distintos anticonceptivos, según cuartiles de ingresos totales per cápita en el hogar

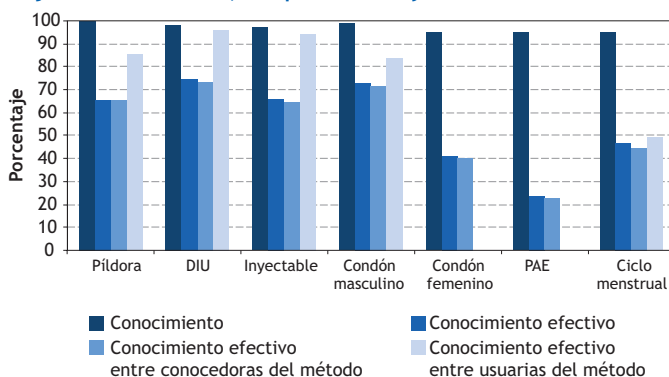
(En porcentajes)

Cuartiles de ingresos totales per cápita	Píldora	DIU	Inyectables	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncepción de emergencia
Total	65,1	74,0	65,8	72,1	41,3	23,4
Q1	60,8	66,0	58,9	65,0	34,1	18,7
Q2	65,4	74,1	65,1	72,7	42,0	23,1
Q3	65,0	76,0	68,1	72,8	42,6	23,9
Q4	69,1	79,1	70,9	77,8	48,3	28,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Gráfico 8

Venezuela, 2010: porcentaje de conocimiento efectivo de distintos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, las que conocen y las usuarias de cada método



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Para explicar los factores que influyen en el conocimiento efectivo de cada método se ajustaron siete modelos de regresión logística, introduciendo como variables independientes dos correspondientes al hogar, para controlar los efectos de la estratificación socioeconómica (la escolaridad relativa de los miembros del hogar y los cuartiles de ingresos totales per cápita), y 12 variables en el ámbito individual: la

edad en grupos quinquenales, suponiendo que a mayor edad, mayor es la exposición tanto a la práctica médica como a campañas de información; el nivel de escolaridad, con la hipótesis que estar más incluidos en la currícula escolar abre las puertas para expandir la cultura general y otorga herramientas para la búsqueda de información; la autopercepción como indígena, negra, afrodescendiente y morena y el origen rural, para capturar posibles fuentes de discriminación en los servicios de salud y en la calidad de la atención brindada; la situación conyugal, la actividad sexual, la paridez y la maternidad adolescente, suponiendo que la experiencia tanto sexual como conyugal y reproductiva pueden aumentar la disposición de las mujeres a buscar información sobre las formas de controlar su fertilidad, y finalmente la condición de actividad, bajo el supuesto que las mujeres económicamente activas tienen más posibilidades de estar expuestas a información sobre la reproducción en general y la anticoncepción en particular.

En el cuadro 3 se resumen los resultados de la aplicación de los modelos a la ENDEVE 2010, mientras que las medidas de ajuste se presentan en el cuadro 4. Se destaca que los únicos factores que resultaron ser estadísticamente significativos para el conocimiento de todos los métodos fueron el nivel de escolaridad y la condición de actividad sexual. La edad solo tuvo importancia en el caso de la píldora, el DIU y los inyectables, y el conocimiento efectivo de los métodos tuvo un comportamiento heterogéneo: en el caso de la píldora creció hasta el grupo de 30 a 34 años y luego se redujo; en el del DIU, entre las mujeres de más de 40 años este conocimiento triplicó a la categoría de referencia (de 15 a 19 años); para los inyectables solo fue significativo para las mujeres jóvenes y presentó una tendencia creciente respecto de las adolescentes. El conocimiento del condón solo fue significativo para el grupo de 30 a 34 años (en el que casi duplicó a las de 15 a 19 años) y en el de 40 a 44 años, en el que fue 1,6 veces mayor, aunque no resultó significativo como variable para el condón femenino, quizás por su bajo nivel de conocimiento; parece que el uso correcto de este método solo es importante entre las mujeres más jóvenes. Finalmente, el conocimiento efectivo del ciclo menstrual solo fue importante para las mujeres de 20 a 24 años y las de 40 a 44 años respecto de las más jóvenes.

Como mencionábamos antes, el nivel de escolaridad es una variable muy consistente para explicar el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos considerados; también es la que presenta coeficientes con las mayores magnitudes. Sin embargo, la relación no es lineal, y el máximo impacto se alcanza en el nivel técnico superior en relación con las mujeres que no asistieron a la escuela.

Como se esperaba, la autoadscripción étnica³ muestra ser un elemento de discriminación: aquellas venezolanas que se reconocen como “indígenas” tienen un menor conocimiento efectivo de la píldora, el DIU, los inyectables y el condón masculino. Si se declaran como “negras” es menos frecuente que conozcan el uso correcto del DIU, el condón masculino, la anticoncepción oral de emergencia y el ritmo. Sorpresiva-

³ Cabe señalar que se trata de categorías independientes, es decir, que no se excluyen mutuamente.

mente, se encontró un mayor conocimiento efectivo asociado al autorreconocimiento como “afrodescendientes” para el DIU y la anticoncepción oral de emergencia. Respecto de este último método, se halló un menor conocimiento efectivo entre las mujeres que se declaran como “morenas”.

Solamente para el caso de los condones, tanto masculinos como femeninos, las mujeres que antes estuvieron unidas pero ya no lo estaban al momento de la encuesta registraron un mayor conocimiento efectivo en comparación con las actualmente unidas. Aquellas que son sexualmente activas y las que han tenido relaciones sexuales tienen un mejor conocimiento efectivo de todos los métodos, y los momios rebasan las tres unidades para la píldora, los inyectables, el condón masculino y la anticoncepción de emergencia. Las mujeres que se dedican a las labores domésticas tienen menores razones de probabilidades⁴ de conocer el uso correcto del DIU y la anticoncepción de emergencia en comparación con las que tienen un trabajo remunerado.

El hecho de vivir en un hogar en el que la escolaridad promedio de los miembros, en relación con el promedio nacional, sea media o alta, aumenta las razones de probabilidad de conocer correctamente el DIU y los condones, tanto masculinos como femeninos; en el caso de la anticoncepción de emergencia, solo la categoría media aumenta 32% los momios, en tanto que la alta está asociada a momios 26% mayores para el conocimiento adecuado de los inyectables y 24% del ritmo, siempre respecto de la categoría de baja escolaridad relativa del hogar. En la misma línea, las mujeres pertenecientes al segundo cuartil de ingresos totales per cápita en el hogar tienen razones de probabilidad alrededor de 28% mayores que las del primer cuartil de conocer el uso correcto del DIU y el condón masculino, y las del tercer cuartil tienen casi 29% de conocimiento efectivo de los inyectables.

Finalmente, y al contrario de lo que se esperaba, la paridez no tiene un efecto importante, salvo en aquellas mujeres que tienen tres hijos —respecto de las nulíparas—, y solo en el caso del conocimiento efectivo de la anticoncepción de emergencia, el que se reduce en un 37%. El hecho de haber tenido un hijo durante la adolescencia disminuye las razones de probabilidad de tener un conocimiento efectivo de la píldora y el DIU en alrededor del 27%. Esto quiere decir que el contacto con los servicios de salud que implica el proceso de embarazo y parto no está siendo acompañado de una educación en temas de salud reproductiva, y en particular sobre métodos anti-conceptivos.

⁴ El término técnicamente correcto es el de “momios”, que denota la proporción de veces que un suceso ocurra —en este caso, el conocimiento correcto de un método— frente a que no ocurra.

Cuadro 3

Venezuela, 2010: coeficientes de modelos de regresión logística de los factores asociados al conocimiento efectivo de distintos métodos anticonceptivos

	Píldora		DIU		Inyectable		Condón masculino		Condón femenino		PAE		Ciclo	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Grupos de edad (15-19)		,002		,000		,000		,082		,189		,125		,133
20 a 24 años	1,6653	,002	1,3160	,110	1,3542	,072	1,3188	,113	,8190	,211	1,2009	,316	1,4658	,017
25 a 29 años	1,7311	,003	1,6148	,015	1,5850	,015	1,2693	,220	,6866	,033	1,3017	,186	1,3062	,129
30 a 34 años	1,8161	,003	2,1166	,001	1,2790	,223	1,9299	,003	,6946	,055	1,3757	,136	1,3093	,154
35 a 39 años	1,4683	,059	1,9038	,004	,9828	,933	1,3781	,140	,7225	,099	1,2322	,355	1,3408	,134
40 a 44 años	1,7969	,007	2,9275	,000	,9013	,631	1,6067	,042	,5644	,006	,8618	,545	1,6792	,012
45 a 49 años	1,1570	,497	2,9484	,000	,7155	,122	1,3323	,213	,6215	,026	,9820	,942	1,2473	,292
Nivel de escolaridad (sin nivel)		,000		,000		,000		,000		,000		,000		,000
Preescolar	1,6194	,591	4,0374	,222	4,2419	,199	,3571	,220	1,5309	,652	1,2549	,849	1,9154	,438
Básica	,9967	,991	1,9594	,023	,9511	,860	1,3798	,266	2,4076	,035	1,4815	,417	1,6834	,098
Media diversificada y profesional	1,3581	,304	2,9953	,000	1,7854	,046	2,1903	,008	4,0801	,001	3,0068	,023	2,4880	,004
Técnico superior	2,2488	,016	4,7240	,000	2,4270	,007	4,1233	,000	6,1260	,000	3,2249	,020	3,4947	,000
Universitario	1,7119	,088	4,4363	,000	2,4248	,004	3,0663	,000	5,9544	,000	3,8321	,006	3,4733	,000
Indígena	,5607	,000	,6150	,005	,7197	,036	,6814	,020	1,0268	,859	,8576	,374	,7554	,060
Negra	,6343	,010	,6187	,014	,7586	,124	,6588	,026	1,2510	,203	,5022	,003	,6607	,020
Afrodescendiente	,8146	,265	1,4882	,098	,9946	,977	1,3643	,155	1,2350	,232	1,4962	,038	1,1265	,499
Morena	1,0412	,642	,8821	,204	,8841	,161	,8885	,209	,9937	,938	,8550	,091	,9735	,740
Situación conyugal (unidas)		,639		,619		,688		,081		,048		,689		,031
Ex unidas	,8913	,412	,8783	,426	1,1219	,422	1,3864	,041	1,3680	,019	1,1313	,403	1,2341	,106
Nunca unidas	,8899	,482	,8655	,431	,9888	,947	,9508	,782	,9982	,991	1,0805	,641	,7932	,132
Origen rural	,8913	,291	,8644	,223	1,0140	,899	,7764	,026	,8593	,153	,9555	,712	,7761	,015
Actividad sexual (vírgenes)		,000		,005		,000		,000		,000		,000		,001
Ha tenido relaciones	3,3537	,000	1,6082	,013	2,7478	,000	3,0199	,000	1,7919	,001	3,4634	,000	1,7524	,002
Activas sexualmente	3,6411	,000	1,8722	,001	3,1584	,000	3,7329	,000	2,1470	,000	3,5627	,000	1,9205	,000
Escolaridad relativa del hogar (baja)		,637		,000		,142		,022		,000		,027		,009
Media	1,0086	,933	1,3618	,005	1,1470	,176	1,2935	,016	1,5419	,000	1,3189	,018	,9125	,344
Alta	1,1064	,399	1,8311	,000	1,2610	,053	1,3578	,017	1,5668	,000	1,0545	,685	1,2343	,056

Continúa

Conclusión

	Píldora		DIU		Inyectable		Condón masculino		Condón femenino		PAE		Ciclo		
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	
Cuartiles de ingresos totales per cápita (Q1)		,922		,239		,225		,222		,202		,327		,321	
Q2	1,0503	,679	1,2776	,055	1,1363	,273	1,2872	,042	1,2557	,046	1,2262	,128	1,0998	,393	
Q3	,9866	,911	1,2140	,144	1,2860	,038	1,0982	,461	1,2228	,084	1,0874	,538	1,1349	,265	
Q4	1,0536	,702	1,1051	,509	1,1851	,210	1,1744	,268	1,2246	,113	1,2466	,133	,9426	,641	
Paridez (sin hijos)		,146		,477		,457		,074		,223		,009		,114	
1 hijo	1,0702	,681	1,1069	,583	1,2751	,156	,9862	,940	,9459	,717	1,0008	,996	,9517	,746	
2 hijos	1,2949	,156	1,2604	,263	1,3621	,096	,9888	,956	,9497	,760	,8819	,491	1,0441	,796	
3 hijos	1,0640	,761	1,2414	,360	1,2332	,310	1,1233	,611	,9839	,933	,6270	,030	1,0865	,661	
4 hijos y más	,9012	,637	,9747	,920	1,1854	,447	,7001	,140	,6983	,094	,5445	,013	,7540	,175	
Condición de actividad (trabaja)		,548		,045		,662		,512		,103		,157		,263	
Estudia	1,0034	,983	,7567	,104	,9862	,933	1,0715	,689	1,1493	,345	1,1470	,396	1,0564	,712	
Quehaceres domésticos	,9114	,376	,7481	,018	,9055	,347	,8704	,221	,9254	,436	,8182	,079	,8723	,159	
Otra situación	1,1382	,422	,6709	,021	,8542	,315	,9312	,674	,7561	,067	,9341	,692	1,1216	,437	
Maternidad adolescente		,7303		,004		,9156	,426	,8299	,121	1,0297	,777	1,0428	,723	1,0666	,522
Constante		,4200		,030		,4865	,085	,3770	,014	,3675	,014	,0946	,000	,0376	,000

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Cuadro 4

Venezuela, 2010: medidas de ajuste de los modelos de regresión logística de los factores asociados al conocimiento efectivo de distintos métodos anticonceptivos

	Píldora	DIU	Inyectable	Condón masculino	Condón femenino	PAE	Ciclo
Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
-2 log de la verosimilitud	3433,779	2852,4	3416,326	3078,399	3757,176	3059,581	3837,454
R cuadrado de Cox y Snell	0,116	0,117	0,105	0,108	0,085	0,083	0,075
R cuadrado de Nagelkerke	0,161	0,176	0,146	0,157	0,114	0,122	0,1
Sig. Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,287	0,912	0,964	0,485	0,163	0,199	0,829
Porcentaje correctamente pronosticado	71,1	77,8	69,6	75,5	62,3	75,1	61,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Venezuela, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010.
Nota: Elaboración del autor.

Conclusiones

Nuestros análisis han mostrado la importancia de tomar en cuenta el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos, más que su sola mención, su reconocimiento ante la mención del nombre o de la descripción. Resulta sumamente preocupante que una de cada siete usuarias de la píldora, una de cada 20 de quienes han optado por el DIU o los inyectables, una de cada seis de las usuarias de condón y más de la mitad de las que recurren a la abstinencia periódica desconozcan su uso correcto, lo que las expone al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado y que incluso puede llevarlas a practicarse un aborto inseguro, ante su condición de ilegalidad.

Resulta fundamental considerar el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos como parte de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, adquiere particular importancia el cumplimiento cabal de la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”, firmada por representantes de distintos países de América Latina y el Caribe, incluida la República Bolivariana de Venezuela, el 1 de agosto de 2008 en la Ciudad de México. En ella, los Ministros de Salud y de Educación de la región se comprometieron a “actualizar... los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad”, a “revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente” y “asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana... considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales”⁵.

Las metas planteadas en la Declaración fueron:

- “4.1 Para el año 2015, se habrá reducido en un 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación”.
- “4.2 Para el año 2015, se reducirá en un 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva”.

En la evaluación del cumplimiento de estas metas hasta 2012, elaborada por la International Planned Parenthood Federation (IPPF) y Demisex⁶, se estima un avance de tan solo 34% en Venezuela, sin que haya por parte de los poderes ejecutivo y legislativo alguna propuesta de ley o plan nacional para la revisión y adecuación del marco legal para armonizarlo con la Declaración, ni partidas presupuestales para su implementación. Tampoco existe un convenio de colaboración intersectorial entre el Ministerio de Educación y el de Salud para cumplir con los compromisos asumidos en

⁵ Disposiciones 3.4, 3.5 y 3.7 de la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”, en <<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>>, acceso 14 de febrero de 2015.

⁶ En <<http://www.coalicionmesoamericana.org/node/91>>, acceso 14 de febrero de 2015.

esa Declaración, o una estrategia oficial de alto nivel para implementarla, además de que falta presupuesto específico para su ejecución y no se ha llevado a cabo ninguna campaña actualizada de educación sexual en los medios de comunicación. Si bien se reporta que en el Ministerio de Salud existe una adecuada “Orientación sobre decisiones reproductivas y métodos anticonceptivos”, el escaso avance en el Ministerio de Educación resulta un tema urgente ante los resultados de nuestro análisis, que demuestran la incidencia decisiva del nivel de escolaridad en el conocimiento efectivo de los métodos anticonceptivos.

Referencias

- Bolívar Chollet, Miguel (1984), *Capitalismo y población*, Caracas: FACES-UCV.
- Bongaarts, John (1978), “A framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility”, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 105-132.
- _____ (1982), “The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables”, *Studies in Family Planning*, vol. 3, N° 6/7, junio/julio.
- CELADE-CEPAL (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Boletín Demográfico N° 73. América Latina y Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, Santiago: CEPAL.
- _____ (2008), *Observatorio demográfico N° 5. Fecundidad*, Santiago: CEPAL.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en Lerner, S. y Szasz, I., *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, D.F.: El Colegio de México, vol. 1, pp. 59-113.
- Freitez, Anitza (2001), *Venezuela, Encuesta Nacional de Población y Familia 1998*, Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Pressat, Roland (1967), *El análisis demográfico: métodos, resultados y aplicaciones*, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

El acceso a los derechos reproductivos en Perú: anticoncepción y aborto, un debate en espera

*Susana Chávez Alvarado*¹

Resumen

El artículo realiza una rápida revisión de la aplicación de los derechos reproductivos en Perú, incluyendo el acceso al aborto legal y seguro, además de los aspectos que interfieren en él y, en consecuencia, afectan de manera particular a las adolescentes. Se trata de mostrar la inconsistencia de la política pública en el campo de la planificación familiar y las implicaciones de la aplicación coercitiva de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias (AQV), que lejos de resolver el problema, han servido para que grupos opositores a estos derechos ubicados en espacios de poder continúen influyendo en el limitado acceso a la planificación familiar, incidiendo negativamente en la situación de las adolescentes. Finalmente, se hace una breve referencia al impacto de la violación sexual, un área que continúa siendo poco atendida, a pesar de sus consecuencias demostradas en el embarazo no deseado y el aborto inseguro.

Palabras clave: derechos reproductivos, anticoncepción, aborto, adolescentes, Perú.

¹ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (susana@promdsr.org).

Introducción

A 20 años de celebrada la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo y de cumplido el plazo primigenio establecido para el logro de las Metas del Milenio, es necesario hacer un balance de cuánto se ha podido avanzar en Perú en el ejercicio de los derechos reproductivos, y en especial en el acceso al aborto legal y seguro, dado el impacto que tiene en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Aunque el acuerdo logrado en la CIPD de El Cairo no hace alusión a la despenalización del aborto, en las medidas propuestas en el Consenso de Montevideo, firmado por los países de América Latina y el Caribe en 2013 durante la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, y que constituye una reafirmación, ampliación y complementación del Programa de Acción de la CIPD, el lenguaje utilizado para aludir a este tema fue mucho más contundente. En este documento se admite la ineficacia de la penalización del aborto y su contribución a la morbilidad materna, y se señala la necesidad imperativa que tienen los Estados de reducir los riesgos y daños a causa de un aborto inseguro (CEPAL, 2013, recomendación 40).

La decisión tomada por los Estados en esta Conferencia regional no es ajena a los debates que se han suscitado durante los últimos años en los países de América Latina y el Caribe, ni a un contexto regional en el que, a pesar de los avances en el campo sanitario para reducir radicalmente su peligrosidad, el aborto inseguro continúa siendo un grave problema. Lamentablemente Perú no está fuera de este panorama, y la permisión del aborto seguro es sumamente restringida en el país, cuando no inexistente, pues aun cuando no está absolutamente penalizado, en la práctica funciona como si lo estuviera, y se niega de forma arbitraria esta posibilidad cuando el embarazo resulta riesgoso para la salud y la seguridad de las mujeres.

La negación de la posibilidad de realizarse un aborto legal y seguro es una expresión más de las dificultades que la mayoría de las mujeres enfrentan para asegurar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, pues tal como señalan las estadísticas del Ministerio de Salud, la atención del post aborto, demanda que surge sobre todo como resultado del aborto inseguro, sigue siendo la principal causa de internamiento de las mujeres después del parto, lo que indirectamente da cuenta de la alta prevalencia del aborto inducido que se produce en el país (Perú, Ministerio de Salud, s/f).

La legislación sobre el aborto en Perú

Como en la mayoría de los países de la región, en Perú el aborto está legislado mediante el Código Penal, que lo tipifica como delito, por lo que se pierde su perspectiva como un problema de salud pública y de derechos humanos de las mujeres. Sin embargo, se reconoce que existe una excepción que lo hace no punible, y es la circunstancia en la que el embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer (artículo 119), o lo que se conoce como la “causal salud”.

Aunque la dimensión penal es determinante en su abordaje, dentro del marco legal existen otras normativas que encaran al aborto como un problema de salud pública, estableciendo así responsabilidades tanto para la prevención como para la protección de las mujeres que han abortado (artículo 29 de la Ley General de Salud).

Si bien el aborto está penalizado, es importante mencionar que no está considerado un delito grave, pues según el Código Penal se castiga con penas que no superan los dos años de prisión para las mujeres (artículo 114), cuatro años para los profesionales que lo realicen y cinco años si la mujer muere a causa de la intervención (artículo 115). También se consideran figuras atenuadas del delito de aborto, con penas de cárcel de tres a seis meses, cuando se trata de embarazos que son producto de una violación o cuando hay malformaciones fetales.

Sin embargo, aun cuando la ley permite el aborto en ciertas circunstancias, el acceso real es muy restringido. Recién en agosto de 2014, después de casi 90 años de silencio, a una década de haberse publicado la primera guía técnica de aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya fue editada por segunda vez (OMS, 2012), y tras dos dictámenes de instancias internacionales de derechos humanos que ordenaron al Estado peruano elaborar un protocolo de atención de aborto legal², se emitió la Resolución Ministerial 486-2014 del Ministerio de Salud, que aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal” (Perú, Ministerio de Salud, 2014). De todos modos, su aplicación todavía es muy limitada.

Perú en el contexto actual y el acceso a la salud sexual y reproductiva

Analizar el aborto fuera del contexto histórico de la aplicación de los derechos sexuales en Perú sería de poca utilidad para entender por qué resulta un tema tan polémico, y ello no solo tiene que ver con su legislación, sino con muchos de los cambios sociales y económicos que se han producido en Perú, especialmente en los últimos años.

Como ha sucedido en varios de los países de la región, que se han alineado con la política económica del Consenso de Washington, en Perú se ha producido una reconfiguración de la economía, y luego de ser calificado como pobre hoy se lo ubica dentro de los países de renta media. En términos macroeconómicos, y aunque en este momento la economía nacional experimenta una amenaza de retroceso, durante los últimos 15 años su crecimiento ha sido constante, y ha presentando una baja inflación, estabilidad macroeconómica, una reducción sustantiva de la deuda externa y, como lo muestran las cifras oficiales, una reducción de la pobreza (INEI, 2012).

² Se trata del caso KL de 2003, con un dictamen del Comité de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2005), y del caso LC de 2007, con un dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 2011), ambos de las Naciones Unidas.

Sin embargo, tal como se reconoce en muchos de los fueros académicos y políticos, el crecimiento del país ha sido muy desigual, y los resultados macroeconómicos que se había logrado mantener en los últimos 10 años se han puesto en cuestión, dándose pie a análisis menos optimistas. Hay también quienes señalan como un aspecto crítico del modelo económico su limitada capacidad para satisfacer las necesidades de la población, pues al basarse en la exportación de materias primas se ha renunciado al fortalecimiento del mercado interno y a la generación de fuentes de trabajo productivo, todo ello acompañado de una escasa capacidad de regulación por parte del Estado que impacta en servicios públicos como la salud, la educación, la seguridad ciudadana, entre otros (OtraMirada, 2014).

Como resultado de estas desigualdades, solo el 12% de la población tiene un trabajo decente —que incluye seguridad social— y se mantiene una tendencia creciente del gasto de bolsillo para el cuidado de la salud, que ha aumentado del 14% en 2005 al 38% en 2010 (INEI, 2012). Se señala además que en ese mismo período la estructura del financiamiento público se ha reducido del 70% al 46%.

La atención de la salud sexual y reproductiva no es ajena a esta situación, y su impacto se puede observar en algunos indicadores que surgen de datos relevados mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2013. Según esta fuente, la reducción de la fecundidad entre 2009 y 2013 ha sido escasa, de 2,6 a 2,4 hijos por mujer (INEI, 2013). Sin embargo, esta disminución no refleja dos datos importantes: los grupos de edad en los que se ha producido esta reducción han sido los que corresponden a las mujeres adultas, mientras que las menos beneficiadas por este descenso han sido las adolescentes, quienes muy por el contrario han mantenido la misma proporción de embarazos desde hace 30 años, y continúan siendo el grupo que menos acceso tiene a los métodos anticonceptivos.

Además, el incremento del uso de anticonceptivos no ha sido sustantivo: hubo un leve decrecimiento en el empleo de métodos modernos (del 62,1% en 2009 al 61,5% en 2014) y un incremento un poco más significativo del uso de métodos tradicionales (del 23,2% al 24,9% en el mismo período) (INEI, 2013). Estos datos también revelan que el 85% de las mujeres declaran no haber hablado de métodos anticonceptivos con un trabajador de salud, lo que indica que el acceso a la planificación familiar está prácticamente en un proceso de enfriamiento en la política pública.

Anticoncepción o aborto, una discusión innecesaria

Muchas veces, y de forma errónea, hay quienes creen que trabajar sobre el acceso a métodos anticonceptivos aleja la necesidad de ocuparse del acceso al aborto seguro. Desafortunadamente, esto no es consistente ni con la necesidad de las mujeres ni con las evidencias, pues aun con la disponibilidad asegurada de una amplia gama de métodos anticonceptivos, siempre habrá mujeres que necesitarán un aborto seguro y, por lo tanto, este debería darse en las mejores condiciones. Esta necesidad se sustenta en las tasas de fracaso del uso de los métodos anticonceptivos —mucho más altas de lo que indica la efectividad teórica (Soriano, Rodenas y Moreno, 2010)—,

y además en las barreras de acceso que operan para ciertos grupos poblacionales, como las mujeres pobres; las que son víctimas de violencia por parte de su pareja; aquellas con escasa información o iletradas; las mujeres indocumentadas; las menores de edad, que tienen un acceso limitado a los servicios de salud; las mujeres que habiendo planeado un embarazo experimentan complicaciones en el proceso de gestación que afectan su salud, o aquellas cuyo embarazo interfiere con su proyecto de vida.

El acceso a los anticonceptivos en Perú: la violación del derecho al control de la propia fecundidad

Aunque los anticonceptivos ingresaron al país a fines de la década de 1960, a través de las instituciones privadas de planificación familiar —la International Planned Parenthood Federation (IPPF), el Instituto Marcelino y otros— (Chávez y Távara, 2010), su introducción como política pública recién se produjo a mediados de la década de 1980, y su fundamento fue, más que el derecho de las mujeres, la reducción de los riesgos que podría provocar en ellas un nuevo embarazo. Fue sobre esa base que se aplicaron prácticas nocivas en la prescripción de métodos anticonceptivos modernos, como lo autorización de las parejas o la indicación médica. Recién en 1985, con la aprobación de la primera Ley General de Población, se incorporó el enfoque del derecho a elegir sobre la propia fecundidad, haciendo mención a las personas y parejas, aunque su aplicación siguió circunscrita durante varios años al programa materno-infantil, lo que implicó un acceso muy limitado para las mujeres que no querían un embarazo.

Fue recién en la década de 1990, durante el gobierno de Alberto Fujimori, que el programa de planificación familiar ganó especial relevancia, e incluso en algún momento llegó a concentrar gran parte de los recursos de la cooperación internacional y del financiamiento del Estado, al punto de generar una enorme distorsión respecto de los demás programas sanitarios. Fue en este contexto que en 1995 se modificó la Ley de Política Nacional de Población y se introdujo la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) dentro de la gama de métodos anticonceptivos, una opción que hasta ese entonces solo era accesible en los servicios privados o cuando la mujer se exponía a un grave riesgo para su salud con un nuevo embarazo. La introducción de las AQV fue muy bien recibida por las organizaciones de mujeres, ya que la falta de acceso a esta modalidad constituía un serio problema de discriminación que afectaba el derecho a decidir.

Sin embargo, a la luz de los hechos, los planes del gobierno no estaban precisamente interesados en el derecho de las mujeres, y en vez de ofrecerse como una alternativa más dentro de la gama de métodos anticonceptivos, las AQV se convirtieron en un recurso direccionado para reducir el número de pobres y con ello la “demanda” social, llegando a posicionarse como el segundo método más usado después de los inyectables. Esta política, que vulneró el derecho a la elección e información de miles de mujeres pobres, fue reconocida como la política de las “esterilizaciones

forzadas”, y fue probablemente el principal factor que contribuyó con la reducción de la tasa global de fecundidad de 4 a 2,9 hijos por mujer entre 1991 y 2000. Los grupos más afectados fueron los de las mujeres de entre 25 y 29 años y de entre 35 y 39 años (INEI, 2000), que constituyeron la población objetivo de esa política. Según los datos de la ENDES de 2000, la reducción total de la fecundidad entre 1991 y 2000 fue del 27%, y el grupo que experimentó un mayor cambio en este sentido fue el de las mujeres del área rural y sin educación formal.

La denuncia pública de este accionar, que como en el caso de Mamérita Mestanza ha llegado a instancias internacionales (CLADEM, s/f), dejó al descubierto la violación de derechos de las mujeres pobres que implicaba esta política, y aunque hasta el momento los responsables políticos no han sido procesados, estos abusos fueron muy bien aprovechados por grupos antiderechos posicionados en el Estado, particularmente en el Ministerio de Salud (Mujica, 2007), para estigmatizar la planificación familiar, en especial las AQV.

En los años posteriores a este caso emblemático el decaimiento de la política de planificación familiar ha sido más que obvio, y actualmente puede hablarse de un enfriamiento de esta línea de acción, lo que queda claramente graficado mediante los datos de uso de anticoncepción en el país. En este sentido, según la ENDES de 2013, solo el 51% de las mujeres peruanas usaba métodos anticonceptivos modernos por esa fecha, mientras que el 23,2% continuaba empleando métodos tradicionales. Además, solo el 53% de las mujeres que usaba el método de la abstinencia periódica conocía su período fértil, y había regiones como Puno y Huancavelica en las que el empleo de anticonceptivos solo llegaba al 27% y el 33% de las mujeres, respectivamente (INEI, 2013).

Las adolescentes, principales afectadas en la prevención del embarazo no deseado

Aun a pesar de la debilidad no superada de la política pública de acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres peruanas han mejorado el cumplimiento de sus expectativas reproductivas: entre 1986 y 2013 hubo una reducción del 44,2% de la tasa de fecundidad según la ENDES de 2013. Sin embargo, según esta misma fuente, ocurrió lo contrario respecto de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, que alcanzó el 9% en 2013, comparado con el 7,2% que se registró en 2009. Las más afectadas en este sentido han sido las mujeres sin educación formal, que representaron el 13,3%, en relación con el 6,8% que registraron las mujeres con educación superior.

Cuando se observa el impacto en las adolescentes la situación se torna mucho más crítica, pues en los últimos 30 años, período en el que han disminuido todos los indicadores de fecundidad, el porcentaje de embarazos adolescentes se ha incrementado, pasando del 11,3% en 2009 al 13,2% en 2013 según la ENDES de ambas fechas, y muy al contrario de las otras mediciones, el mayor incremento de este indicador se produjo en el área urbana (del 8,8% en 1991/1992 al 10,2% en 2013).

En Lima, capital del país, donde tradicionalmente se podía observar una mayor reducción de los distintos indicadores negativos, se produjo un incremento significativo del embarazo en las adolescentes, que pasó del 4,4% en 1991/1992 al 7,7% en 2013. De acuerdo con esta información, hay regiones en las que ha aumentado de manera muy notoria el embarazo entre las mujeres de este rango etario, como Tumbes (114%) y Tacna (90%). Además, en al menos 11 regiones de las 23 que componen el país se ha incrementado el porcentaje de embarazos adolescentes.

Esta situación no solo refleja la escasa inversión que se ha estado realizando desde el Estado para mejorar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sexual en general, sino que también es el resultado de políticas abiertamente regresivas, que han impedido de forma muy activa que los adolescentes accedan a estos servicios, como ha ocurrido por ejemplo con la penalización de las relaciones sexuales consentidas de personas de entre 14 y 18 años, aprobada en 2006, bajo el argumento de proteger a las adolescentes de las violaciones sexuales. Aunque esta medida fue derogada recientemente por el Tribunal Constitucional, los servicios continúan inmovilizados y no hay nada que señale un cambio en este tipo de políticas.

La violación sexual, un grave problema que afecta principalmente a las adolescentes

Un tema álgido, de larga data y que no ha podido ser superado es el de las violaciones sexuales, que afectan de una forma muy significativa las decisiones sexuales y reproductivas de las adolescentes. Perú es uno de los países con mayores tasas de denuncias por violación sexual (Mujica, 2011), a pesar que estas denuncias solo corresponden a menos del 5% del total de las ocurrencias.

Los datos disponibles permiten afirmar que este es uno de los crímenes más extendidos, que afecta de manera particular a las mujeres (Mujica, 2011). Según el estudio de este autor, la violación sexual ocurre principalmente contra mujeres menores de edad: de acuerdo a información provista por la Policía Nacional de Perú, el 78% del total de las denuncias por este delito que se realizaron entre 2000 y 2009 tuvieron a menores de 18 años como víctimas (Mujica, 2011:80), y la concentración más alta de denuncias se verificó en el rango de los 14 a los 17 años (45%) (Mujica, 2011:81-82).

Violación y embarazo

De acuerdo a los datos provistos por un estudio sobre aborto clandestino, en 2006 se estimaba que cada año unas 15.000 mujeres recurrían al aborto en Perú a causa de embarazos resultantes de una violación (Ferrando, 2006). En otra fuente se señala que entre el 10% y el 30% de las mujeres peruanas que son víctimas de violaciones resultan embarazadas (Tantalean, 2012). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, por su parte, ha reportado que en 2010 el 34% de las niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años víctimas de una violación sexual atendidas en los servicios del Centro de Emergencia Mujer resultaron embarazadas producto de ese ataque (Perú,

Ministerio de Salud, 2012). Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, entre las principales causas directas de muertes maternas en adolescentes se encuentra el aborto (29%), y la principal causa de muertes maternas indirectas³ en este grupo etario sigue siendo el suicidio (56%), con una tendencia al incremento. En lugares como Mazan (Iquitos), el 56% de las mujeres entrevistadas que tuvieron un hijo entre los 14 y los 17 años indicaron que la causa del embarazo estuvo asociada a alguna forma de violencia sexual, coacción, engaño o consentimiento viciado (Muji-ca, Zevallos y Vizcarra, 2013).

La respuesta del Estado peruano frente a este gravísimo problema ha estado centrada principalmente en la persecución del delito, con muy escasa atención de la víctima. Cabe resaltar que desde 2009 las víctimas de violación no tienen acceso a la anti-concepción de emergencia en los establecimientos de salud estatales, debido a un fallo del Tribunal Constitucional. Se trata de una resolución muy controversial, por su efecto discriminatorio y por el impacto negativo en la atención de las víctimas de violencia sexual (Perú, Tribunal Constitucional, 2009).

Las niñas, adolescentes y mujeres embarazadas producto de una violación sexual se ven forzadas a continuar con sus embarazos, ya que la legislación las criminaliza imponiéndoles penas que van desde los tres meses hasta los dos años de cárcel; además, las empuja a someterse a un aborto inseguro, en condiciones de clandestinidad que en muchas ocasiones pueden generar daños irreparables en su salud, y en otras incluso costarles la vida.

Conclusiones

A pesar del reconocimiento de los derechos humanos, en Perú, como en otros países de la región, el reconocimiento del derecho a determinar de forma autónoma sobre la propia fecundidad es todavía un asunto de disputas, y ello afecta de manera particular a las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En este marco, se han producido vulneraciones gravísimas de los derechos reproductivos, y el país es probablemente uno de los pocos en los que en los últimos 20 años, después de haber suscrito los compromisos de El Cairo y de Beijing —en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995—, se ha desarrollado una política coercitiva de anticoncepción. Pero lejos de aprender de este proceso y de rectificar esta línea de acción, se ha mantenido una política de negación de derechos reproductivos, pero en un sentido contrario: ya no imponiendo un método anticonceptivo, sino negando su disponibilidad, lo que al final implica la violación del derecho a decidir, afectando de manera particular a las mujeres adolescentes.

Si bien durante los últimos años se ha reconocido que Perú ha logrado salir de la pobreza y convertirse en la actualidad en un país de renta media, todo parece indicar

³ La actual clasificación internacional de las causas de muertes maternas coloca al suicidio como una causa directa.

que la riqueza ha sido fundamentalmente monetaria y es muy poco lo que se ha trasladado a una mejora de la calidad de vida. Y los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables en este escenario.

El avance efectivo de los derechos sexuales y reproductivos resulta ser siempre un camino difícil y hasta tortuoso, no solo por el debate encarnizado que suscita cada logro normativo que va en ese sentido, sino porque aunque este progreso se logre, su aplicación es neutralizada por la falta de presupuesto, por enfoques restrictivos y por la escasa inversión que destinan las autoridades pertinentes para dar a conocer a los funcionarios los compromisos que esos avances implican.

Es evidente la dura resistencia que presentan los grupos opositores a los derechos sexuales y reproductivos, que desde su posicionamiento en instancias clave, como algunas dependencias jurídicas de los ministerios, el Congreso de la República y espacios judiciales, generan medidas y acciones restrictivas que conducen a que estos derechos sean solo reconocimientos nominales.

Aun en los sectores progresistas el aborto está considerado como un tema negativo que debe ser evitado, y por ende se lo contrapone a la planificación familiar, sin reconocer que se trata de situaciones distintas, es decir, que la anticoncepción puede reducir los embarazos no deseados, pero que no podrá hacer desaparecer la necesidad del aborto, no solo debido a que todavía los métodos disponibles presentan considerables tasa de fracaso en el uso, sino también porque hay dinámicas que están fuera del control de las mujeres, como es el caso de la violación sexual, o por factores que interfieren con el empleo sostenido de métodos anticonceptivos.

Finalmente, temas como el “causal salud” o el “causal violación” están contribuyendo a un mejor entendimiento de la necesidad del aborto, tanto en el país como en la región, y en ese sentido, su reconocimiento legal es un camino que podría conducir hacia una mejor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos.

Referencias

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, acordado durante la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en <http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf>, acceso 1 de febrero de 2015.
- Chávez, Susana y Távara, Luis (2010), *La planificación familiar en el Perú. Una agenda inconclusa*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (s/f), “Caso Mamérita Mestanza, Perú (esterilización forzada)”, en <<http://www.cladem.org/programas/litigio/litigios-internacionales/12-litigios-internacionales-oea/23-caso-mamerita-mestanza-peru-esterilizacion-forzada>>, acceso 1 de febrero de 2015.

- Ferrando, Delicia (2006), *Aborto clandestino en el Perú. Revisión*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (2000), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000*, Lima: INEI.
- ____ (2012), *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) 2012*, Lima: INEI.
- ____ (2013), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013*, Lima: INEI.
- Mujica, Jaris (2007), *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX.
- ____ (2011), *Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la cuestión*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX.
- Mujica, Jaris; Zevallos, Nicolás y Vizcarra, Sofía (2013), *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*, Lima: PROMSEX, AECID, Interarts e Inagruv.
- Naciones Unidas (2005), “Dictamen. Comunicación No. 1153/2003” (CCPR/C/85/D/1153/2003), Comité de Derechos Humanos, 85° período de sesiones, 17 de octubre a 3 de noviembre, en <<http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/08/Dictamen-Caso-Llantoy.pdf>>, acceso 1 de febrero de 2015.
- ____ (2011), “Comunicación N° 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones, celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011” (CEDAW/C/50/D/22/2009), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/CEDAW-C-50-D-22-2009_sp.pdf?sequence=1>, acceso 1 de febrero de 2015.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), *Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Montevideo: OMS, segunda edición.
- OtraMirada (2014), *Análisis y Propuestas de Política*, N° 39, octubre.
- Perú, Ministerio de Salud (s/f), “Principales causas de morbilidad registrada en hospitalización. Perú”, varias fechas, en <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.htm>>, acceso 1 de febrero de 2015.
- ____ (2012), *Hoja de Datos 3. Violencia contra las mujeres adolescentes*, Lima: UNPFA.
- ____ (2014), Resolución N° 486-2014/MINSA, “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en

el artículo 119° del Código Penal”, en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/544/Peru_MINSA-GUIATECNICAAbortoTerap%C3%A9utico2014.pdf?sequence=3>, acceso 1 de febrero de 2015.

Perú, Tribunal Constitucional (2009), “Exp. N° 02005-2009-pa/tc. Lima ONG ‘Acción de Lucha Anticorrupción’”, 16 de octubre, en <<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-aa.html>>, acceso 1 de febrero de 2015.

Soriano Fernández, Humberto; Rodenas García, Lourdes y Moreno Escribano, Dolores (2010), “Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, Albacete, v.3, n.3, octubre.

Tantalean, Romina (2012), “La despenalización del aborto por violación sexual”, *Noticias SER.pe*, en <<http://www.noticiasser.pe/31/10/2012/informe/la-despenalizacion-del-aborto-por-violacion-sexual>>, acceso 4 de febrero de 2015.

Aborto legal en Uruguay:

el largo proceso para garantizar el acceso a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres

Alejandra López Gómez¹

Resumen

Luego de décadas de debate social y político, en octubre de 2012 el parlamento uruguayo aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, norma que coloca al país entre uno de los pocos de la región que reconoce el derecho de las mujeres a decidir sobre un aborto voluntario dentro de las 12 semanas de la gestación y a acceder a esta prestación en el marco de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud, bajo ciertas circunstancias. El nuevo marco legal es fruto de un largo proceso recorrido en pos de la despenalización del aborto y la ampliación del reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos, que se había iniciado en 2008 con la promulgación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El artículo presenta algunos hitos del proceso de gestación y desarrollo de las políticas sobre salud sexual y reproductiva en Uruguay, con especial énfasis en la interrupción voluntaria del embarazo. Se plantea que uno de los mayores retos que enfrenta actualmente el país en este ámbito es garantizar el acceso efectivo a prestaciones integrales y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, generando así las condiciones necesarias para el legítimo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres.

Palabras clave: aborto inseguro, aborto legal, políticas sobre salud sexual y reproductiva, Uruguay.

¹ Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay (alopez@psico.edu.uy).

Introducción

En Uruguay el aborto voluntario ha sido y es un tema de alta relevancia social. Luego de un largo proceso de debate parlamentario sobre el cambio del régimen jurídico, se aprobó en 2012 la Ley N° 18.987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Este gran avance coloca a Uruguay, junto a otros países y regiones de América Latina y el Caribe como Cuba, Puerto Rico y el Distrito Federal de México, entre los primeros en legalizar la práctica del aborto por voluntad de la mujer bajo ciertas circunstancias, y en garantizar su acceso en los servicios de salud públicos y privados que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud. Este paso favorece la erradicación de las prácticas realizadas en circuitos clandestinos, permite la instalación de un nuevo escenario de legalidad, y abre las puertas a nuevos estudios sobre los significados y las prácticas del aborto en un contexto legal amparado por el régimen jurídico nacional.

Además, este hecho genera nuevos retos en la agenda de investigación sobre el aborto, en la medida que este escenario exige la producción de conocimiento que permita comprender y explicar los factores asociados al aborto voluntario en contextos de legalidad; la capacidad de respuesta del sector de la salud y sus servicios; las prácticas y significados que construyen los distintos actores, en particular las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado y los profesionales que las asisten, entre otros asuntos.

Entre 1938 y hasta octubre de 2012 el aborto fue considerado un delito en toda circunstancia, tipificado por la Ley N° 9.763. Entre 1934 y 1938, en cambio, el aborto había sido despenalizado en el país, en el marco de la temprana transición demográfica ocurrida a comienzos del siglo XX y del reconocimiento de la práctica extendida del aborto como método de planificación familiar. Según Sapriza (1997), un factor que explicaría este acontecimiento fue el impacto nacional de la presencia de corrientes eugenésicas de fuerte peso en Europa, en especial considerando que el contexto político en el que tuvo lugar la despenalización fue a inicios de la dictadura militar del General Terra. Hacia 1938, luego de un intenso debate en el parlamento nacional, se llegó a una “negociación” entre los diversos sectores en pugna, y el aborto fue nuevamente considerado un delito, resultando un “remiendo católico en un tejido liberal”, como lo calificara en ese momento el reconocido médico Augusto Turenne (Sapriza, 2011; Bidegain, 2007).

La Ley N° 9.763 definió causas atenuantes y eximentes de la pena del delito mediante la intervención de un juez, siempre y cuando el aborto hubiera sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, con consentimiento de la mujer y mediando circunstancias especiales. Este marco normativo restrictivo no impidió, sin embargo, que las mujeres acudieran a la práctica del aborto voluntario en condiciones de inseguridad y riesgo. En los más de 70 años de vigencia de esta ley quedó demostrada su ineficacia jurídica, en la medida que el aborto fue una práctica extendida en el país —dirimida en la clandestinidad—, la condena penal fue escasamente aplicada y la opinión pública uruguaya fue procesando una postura favorable a su despenalización.

En el largo período de casi medio siglo comprendido entre 1938 y 1985 un manto de silencio se extendió sobre el tema; poco o nada se decía públicamente, excepto cuando la muerte de una mujer por un aborto de riesgo era registrada en alguna crónica policial de los medios de comunicación. Pero en los ámbitos familiares, laborales o comunitarios circulaba información sobre el acceso al aborto “seguro”, dónde acudir, sus costos económicos o prácticas desaconsejadas por riesgosas. El aborto era un asunto que se dirimía en el ámbito de lo íntimo-privado. Así definido, las mujeres debían resolver el problema a partir de sus recursos materiales, cognitivos, afectivos y sociales.

El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva se planteó a partir de la recuperación democrática en 1985, reconquistada luego de 12 años de dictadura militar (1973-1985). Su presencia pública fue más intensa en el inicio del nuevo milenio, en particular debido al incremento de la muerte de mujeres por abortos inseguros, un problema que tuvo una repercusión mediática y social sin precedentes. Las feministas y el movimiento amplio de mujeres fueron actores centrales para que, en el marco del nuevo escenario democrático, fuera posible tejer alianzas entre distintos sectores sociales, académicos, profesionales, políticos y sindicales que permitieran construir una demanda ciudadana sobre la necesidad de despenalizar la práctica como un asunto relevante para la vida democrática, la justicia social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades en el país (Abracinskas y López Gómez, 2007; Johnson, López Gómez y Schenck, 2011). Desde 1985 se presentó en cada legislatura una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto que se generaba entre el marco normativo y la práctica social del aborto. Finalmente, luego de más de 20 años de debate social y político, en octubre de 2012 el parlamento uruguayo aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de enero de 2013.

La aprobación de esta nueva ley debe ubicarse en el proceso más amplio de reconocimiento y legitimación de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, iniciado en el país hacia mediados de la década de 1990, en el escenario del debate internacional sobre las políticas de población y desarrollo y los derechos de las mujeres. En particular, merece destacarse el impacto en el escenario nacional de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, y las sucesivas instancias evaluatorias de estas conferencias.

Las políticas sobre salud sexual y reproductiva basadas en un enfoque de género y derechos humanos se desarrollaron en Uruguay hacia fines del siglo XX y adquirieron rango legal en 2008, con la promulgación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. A pesar de sus limitaciones, la existencia de ese marco normativo permitió amplificar el proceso de apertura del sistema institucional

de la salud a la realidad del aborto voluntario, con el objetivo de prevenir su práctica insegura mediante dispositivos de asesoramiento e información para las mujeres en situación de embarazo no deseado. Al incorporar a su texto la ordenanza ministerial 369/2004, esta ley estableció que los profesionales estaban habilitados a intervenir en el antes y en el después del aborto, pero no en su realización —no podían prescribir la medicación ni intervenir quirúrgicamente para efectuar un aborto voluntario. En este sentido, la norma recientemente aprobada sobre interrupción voluntaria del embarazo permite subsanar el vacío que había dejado la Ley N° 18.426, habilitando a las mujeres a acudir a los servicios de salud para efectuar un aborto seguro y legal.

El aborto inseguro en la región, un grave problema de salud y derechos

Los contextos legales restrictivos, la censura social que condena los embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquellas que no tienen pareja formal; el estigma social; la falta de acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; la falta de reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica del aborto inseguro. Este es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa a nivel regional y mundial en la muerte de mujeres en edad reproductiva y en la morbilidad severa (OMS, 2012). En los contextos de ilegalidad y penalización, las prácticas de aborto voluntario son consideradas inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que las realiza, cuando interviene (Pinotti and Faúndes, 1989). Sin embargo, es importante subrayar que los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones en las que se efectúan no son adecuadas, cuando las mujeres carecen de apoyo social o familiar, cuando no disponen de información confiable y de calidad y cuando no se cuenta con recursos simbólicos, cognitivos y materiales para la toma de la decisión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo ocurren en promedio 650.000 muertes maternas al año, cifra que representa una muerte materna por minuto, la mayor parte de ellas en países subdesarrollados (OMS, 2012). Recientemente se difundió un informe sobre las tendencias de la mortalidad materna a nivel global entre 1990 y 2013, elaborado por la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Según este documento, la mortalidad materna se redujo un 40% en ese período en América Latina, y un 35% en el Caribe, menos que el promedio mundial (45%) y muy por debajo de la meta del 75% fijada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (WHO *et al.*, 2014). Para alcanzar esa meta sería necesaria una reducción anual del 5,5%, mientras que el promedio del período 2000-2013 fue una disminución global del 1,5%. La razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que se considera un valor bajo entre las regiones en desarrollo. Los cinco países con la razón de mortalidad materna más baja de la región fueron Uruguay (14 por 100.000), Puerto Rico (20), Chile (22) y Estados Unidos (28), mientras que con la razón más alta

se encontraban Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140), Honduras (120) y Suriname (130). Por su parte, Cuba, Guyana, Suriname y Venezuela fueron los únicos países de la región en los que la mortalidad materna aumentó desde 1990.

Otro estudio elaborado por la OMS y publicado en *The Lancet* concluye que el riesgo de una mujer de morir en algún momento de su vida por una causa materna en América Latina es de 1 en 570, y en el Caribe 1 en 220. Aunque estos datos son mejores que los que presentan otras regiones subdesarrolladas, continúan siendo considerablemente más elevados que el riesgo que se registra en Estados Unidos (1 en 1.800) o en Canadá (1 en 5.200) (Say *et al.*, 2014). En países en los que el aborto está penalizado, una de las causas más importantes de mortalidad materna es el aborto inseguro. La diferencia estadística de la mortalidad entre las mujeres que practican un aborto en un contexto de legalidad y en un escenario en el que su realización es ilegal es por demás significativa. Mientras que en el primer caso se registra en promedio una muerte por cada 100.000 abortos, en los contextos en los que esta práctica es ilegal se producen 1.000 muertes por cada 100.000 abortos (Tietze, 1990).

Según los datos del Alan Guttmacher Institute, las tasas más altas de aborto provocado se encuentran en América Latina (32 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años) y África (29 abortos por cada 1.000 mujeres del mismo rango etario) (Guttmacher Institute, 2012), contextos en los que su acceso está altamente restringido. La tasa más baja se registra en Europa Occidental (12 abortos por cada 1.000 mujeres), donde la práctica del aborto es legal y altamente accesible. Cada año, 47.000 mujeres mueren en el mundo por complicaciones derivadas del aborto inseguro, y millones resultan con lesiones. La OMS ha señalado que cada año se producen 22 millones de abortos inseguros, el 98% de los cuales se practican en países en vías de desarrollo. Nuestra región registra el porcentaje estimado más alto de abortos inseguros en el mundo (WHO, 2011). En total, 22% de los embarazos terminan en aborto, entre ellos, 24% en América del Sur, 17% en Centroamérica y 23% en países del Caribe (Singh *et al.*, 2009). De los 4,4 millones de abortos que se produjeron en 2008 en la región, 95% ocurrieron en circunstancias inseguras, es decir, 31 abortos inseguros por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva. Ello representó el 12% de las muertes maternas y un millón de hospitalizaciones (Shah and Ahman, 2010). Por su parte, se estima que entre el 10% y el 20% de todas las mujeres que abortan no reciben la asistencia médica necesaria para el tratamiento de las complicaciones (Sedgh *et al.*, 2012).

A comienzos del siglo XXI se produjo un cambio importante en la práctica del aborto con la difusión de la técnica basada en medicamentos, en particular por el uso extendido del misoprostol y la mifepristona. Ello modificó la práctica clandestina del aborto en muchos de los países de la región, en los que estos insumos comenzaron a estar disponibles en el mercado informal —en particular el segundo. Según el reporte del Guttmacher Institute, el mayor uso del aborto por medicamento probablemente haya incidido en el descenso de la morbilidad severa y la muerte por abortos practicados en condiciones de riesgo en la región. Según datos del mismo instituto, la disminución desde 2003 de las muertes maternas causadas por el aborto inseguro,

en un escenario de incremento de la incidencia de su práctica, parecería indicar que los riesgos asociados con los procedimientos clandestinos podrían estar disminuyendo (Guttmacher Institute, 2012).

Esta disminución puede deberse a las diversas estrategias que se han implementado en distintos países de la región para reducir la incidencia de las consecuencias del aborto inseguro, impulsadas tanto desde el campo de las políticas públicas como desde prácticas sociales diversas. Entre otras, se pueden destacar los servicios de planificación familiar, la atención de las complicaciones post aborto en los servicios de salud –en particular mediante la inclusión de la aspiración manual endo-uterina y la orientación en materia de anticoncepción post aborto–; la difusión social y comunitaria de información sobre el acceso y el uso del misoprostol a través de redes de apoyo; la implementación del aborto no punible en los servicios de salud en algunos países y la puesta en marcha de la estrategia de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro, originalmente desarrollada en Uruguay (Romero y Ramos, 2009).

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de baja mortalidad materna, entre otras razones debido a las características históricas de su sistema de salud de amplia cobertura, el acceso universal a la educación pública y el desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que promovieron la atención temprana del embarazo y el parto institucional. Sin embargo, el retraso en el impulso de políticas integrales dirigidas hacia la salud de las mujeres, y en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva, generó una invisibilización en el sistema de salud de la realidad del aborto inseguro, así como de las complicaciones surgidas durante el puerperio, ambas situaciones con un impacto directo en la mortalidad y morbilidad materna en el país. Según el único informe oficial disponible a nivel nacional sobre muerte materna, las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro causaron el 27,4% del total de esas muertes en el país entre 1995 y 1999 (Uruguay, MSP, 2009). En ese quinquenio, las muertes maternas por aborto inseguro que se produjeron en el Centro Hospitalario Pereira Rossell –principal maternidad pública del país– representaron un 47%. Si se analizan las causas de muerte materna desde 1999 hasta 2009 se puede observar que aquellas causadas por abortos inseguros tuvieron oscilaciones, con un leve ascenso entre 2001 y 2003 y luego una estabilización a la baja en el resto del período (Uruguay, MSP, 2009).

La persistencia durante décadas del problema social de la práctica insegura del aborto, con sus consecuencias en riesgos de vida y de salud, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que imponía la clandestinidad, fueron asuntos que progresivamente adquirieron visibilidad y consideración pública. El aborto salió del ámbito privado para colocarse como un tema relevante de equidad y justicia social, salud pública y derechos humanos, que requería del tratamiento y el debate político y social sobre el significado y las consecuencias del marco legal restrictivo para las mujeres y la convivencia democrática (Carril y López Gómez, 2008; Sanseviero, 2003 y 2008; Briozzo, 2003 y 2007; Abracinskas y López Gómez, 2004, 2006 y 2007).

El aborto legal en el marco de las políticas sobre salud sexual y reproductiva en Uruguay

Hacia fines de la década de 1990 las evidencias sobre la inequidad social, la exclusión creciente y las desigualdades entre hombres y mujeres en Uruguay cuestionaron el “núcleo duro” de un imaginario social que se sostenía sobre la creencia de un país con una sociedad igualitaria y homogénea y *sin problemas de población*. Este es uno de los factores que podría explicar las razones por las que recién hacia 1996 el Estado uruguayo comenzó tímidamente a implementar acciones en materia de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos. El cambio en la orientación de la política pública se explica, en parte, por el impacto conceptual y político que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 generó en los organismos gubernamentales, y por el sostenido trabajo de incidencia política que desarrollaban las organizaciones feministas y de mujeres en el campo de la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país:

El temprano desarrollo institucional del Uruguay con referencia a la salud, la educación pública, la protección del niño, el reconocimiento a derechos explícitos de la mujer, entre otros, contribuyeron a que el país experimentara una evolución demográfica que se anticipó en varias décadas a la mayoría de los países de América Latina. Esta peculiar situación sirvió para que en el ámbito interno y en los escenarios internacionales, se considerara —en razón de la tasa de crecimiento demográfico— *un país sin problemas de población*. Esta catalogación errónea, ha sobrevivido hasta el presente, con considerables desventajas para la sociedad uruguaya. Sin embargo, estudios y datos recientes muestran que más allá de la resultante que significa la tasa de crecimiento, el país enfrenta desde hace décadas problemas demográficos específicos, algunos de los cuales tienden a acentuarse (Ministerio Relaciones Exteriores, “Informe nacional de Población-Uruguay, CIPD 1994”, *apud* López Gómez, Abracinskas y Furtado, 2009: 11, énfasis propio).

Los antecedentes de la incorporación de la salud sexual y reproductiva en el país se pueden encontrar hacia mediados del siglo XX, cuando se comenzaron a instrumentar políticas sobre salud materno-infantil mediante las que se buscó controlar los indicadores de mortalidad materna y de mortalidad neonatal a través de la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo de atención de corte materno-infantil sustentado en el “binomio madre-hijo”, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-progenitor-padre y su participación en los procesos reproductivos, trajo aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basaba este modelo. Este es otro de los elementos que explica la tardía definición desde el Estado uruguayo de políticas y programas de abordaje integral de la salud sexual y reproductiva. A su vez, generó una actitud pasiva del sistema de salud frente a las complicaciones en el puerperio y a aquellas derivadas de los abortos provocados en condiciones de ries-

go, ambas situaciones directamente relacionadas con la mortalidad materna (López Gómez *et al.*, 2003).

Las prestaciones en materia de planificación familiar se brindaban en el país a través de una organización privada, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH)². La planificación familiar no era considerada una prioridad de la política pública, dada la baja tasa global de fecundidad. En consonancia con esta perspectiva, y como estrategia de baja intensidad, el Ministerio de Salud Pública acordó con esta organización la incorporación de un servicio de atención que ella gestionaba en el seno de la principal maternidad pública de Uruguay, el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Los suministros anticonceptivos ingresaban al país con carácter de donación y la organización referida, operando dentro de las instalaciones de los servicios públicos, suministraba métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según la capacidad de pago de las usuarias. A su vez, las mujeres uruguayas podían acceder sin receta médica en las farmacias del mercado a métodos anticonceptivos orales, incluida la anticoncepción hormonal de emergencia, ya que estos insumos eran (y lo son aún hoy) de venta libre (López Gómez *et al.*, 2003; López Gómez y Abracinskas, 2009). Esta situación sostenida por años se “naturalizó”, al punto tal que muchas usuarias y usuarios, profesionales de la salud pública e incluso autoridades nacionales estaban convencidos de que estos servicios los brindaba el Estado a través del propio Ministerio de Salud Pública (López Gómez *et al.*, 2003).

La salud sexual y reproductiva y los derechos a ella vinculados son un campo de disputas políticas, ideológicas, morales, subjetivas y económicas. Ello se ve reflejado en el complejo proceso de reconocimiento y legitimación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que se puede observar cuando se analiza la genealogía y la trayectoria de la política pública. En esta línea de análisis, es posible afirmar que la definición y puesta en marcha de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en sintonía con los lineamientos políticos y conceptuales de la CIPD se comenzaron a instrumentar en Uruguay a partir de 1996. En estos casi 20 años de desarrollo se pueden delimitar tres períodos definidos dentro de estas políticas, a partir de los hitos que marcaron los avances más significativos de su proceso de desarrollo e implementación a nivel nacional: a) entre 1996 y 2004; b) entre 2005 y 2009, y c) entre 2010 y 2014. Estos tres períodos temporalmente delimitados están relacionados, a su vez, con otras dimensiones del desarrollo de las políticas en distintos campos del quehacer nacional. No es posible considerar estos procesos de manera descontextualizada o desde un análisis que no sea capaz de situarse en un escenario más amplio de debate en torno a los modelos de desarrollo del país.

² Fundada en 1967 y miembro en ese entonces de International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Periodo 1996-2004: el ingreso de la salud sexual y reproductiva y el aborto inseguro como asuntos de la política pública

Este período inaugural, que se extiende desde 1996 hasta 2004, se caracterizó por ser el punto de partida de la incorporación de medidas gubernamentales en el campo de la salud sexual y reproductiva en el sistema de salud. Se sucedieron dos gobiernos nacionales, ambos liderados por el Partido Colorado. El primero de ellos, entre los años 1995 y 1999, fue presidido por Julio María Sanguinetti, y el segundo, entre 2000 y 2004, por Jorge Batlle. Por su parte, el gobierno de Montevideo era conducido desde 1989 por la coalición de izquierda Frente Amplio. En este período se comenzaron a instrumentar programas específicos, uno desde el Ministerio de Salud Pública y otro desde el gobierno de la ciudad capital. Los documentos de creación de ambas iniciativas muestran que los programas se formularon desde la perspectiva del cambio de paradigma que introdujo la CIPD y se fundamentaron en la necesidad de avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de la población.

En el Ministerio de Salud Pública se crearon el *Área de Salud de la Mujer* y el *Comité de la Mujer*, cuya acta fundacional se basó en los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en la CIPD. Si bien sus objetivos se relacionaban con el diseño e implementación de políticas de salud de la mujer con perspectiva de género, no se realizaron acciones sostenidas, sus grados operativos de coordinación intrainstitucional e intersectorial fueron escasos y no se dispuso de recursos humanos y financieros para su sustentabilidad. En 1999 se creó por convocatoria ministerial la *Comisión Honoraria Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*, coordinada por representantes del Ministerio de Salud Pública y con integrantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el entonces Instituto de la Familia y la Mujer del Ministerio de Educación y Cultura, la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y representantes de las organizaciones no gubernamentales de mujeres. Tuvo como cometido la elaboración de normas sobre salud sexual y reproductiva. Si bien su creación constituyó un avance, su implementación tuvo limitaciones importantes y su funcionamiento se extendió solo hasta 2001 (CNS Mujeres, 1999; López Gómez y Rostagnol, 1998).

En el ámbito de la Intendencia Municipal de Montevideo, y con el apoyo del UNFPA, se inició en 1996 el *Programa de Atención Integral a la Mujer* (PAIM), que se desarrolló en los 20 centros de salud del primer nivel de atención a través de tres subprogramas: Maternidad Informada y Voluntaria; Control del Embarazo y Puerperio y Detección Oportuna del Cáncer Génito-Mamario. El PAIM se integró progresivamente como parte de las políticas sociales e incorporó a las tradicionales prestaciones de control del embarazo y el puerperio la detección oportuna del cáncer génito-mamario y servicios de anticoncepción mediante los métodos hormonales orales e inyectables, el DIU, los preservativos masculinos y la anticoncepción de emergencia. Si bien se trató de un programa pionero, cuya fundamentación se basaba en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, no incluyó ninguna acción relacionada con la prevención del aborto de riesgo.

Poco después, en 1998, también con el apoyo del UNFPA, el Ministerio de Salud Pública inauguró el *Programa Maternidad y Paternidad Elegida*, que se inició como un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones en situación de extrema pobreza, y fue definido por decreto ministerial como un programa prioritario de salud. Se estableció el compromiso del ministerio de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizada la cooperación internacional. Se instalaron servicios de planificación familiar en los centros de salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los que debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en el interior del país. La meta definida para este programa fue contribuir a mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo de mortalidad infantil, embarazos no deseados y abortos. Si bien el programa tenía proyección nacional, logró un mayor desarrollo en el departamento de Montevideo. Por primera vez a través de una iniciativa gubernamental nacional se comenzó a incorporar una canasta de métodos anticonceptivos en los servicios públicos de salud, sin costo de bolsillo para las usuarias y usuarios.

Ya habían pasado casi cinco años de la celebración de la CIPD en El Cairo, y si bien se registraban avances en las políticas, estas no estaban a la altura de los retos que el país necesitaba enfrentar en esta materia. Para asegurar la cobertura y ampliar el acceso a la anticoncepción, el Ministerio de Salud Pública resolvió cambiar la estrategia e incorporar estas prestaciones mediante la creación de un nuevo programa, denominado Salud Integral de la Mujer (SIM), con la articulación de un conjunto de acciones: captación precoz y control del embarazo, prevención del cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Este programa significó un punto de inflexión en el proceso de incorporación de prestaciones en los servicios públicos de salud, en la medida que los propios efectores participaron directamente en la definición de la estrategia. A su vez, en un momento en el que el país atravesaba la crisis socioeconómica más importante de las últimas décadas, el ministerio decidió reforzar las acciones en materia de salud sexual y reproductiva mediante prestaciones integrales en el primer nivel de atención de los servicios públicos. De todas formas, el programa no incluyó acciones específicas dirigidas a reducir los riesgos del aborto inseguro.

Entre 2001 y 2003 el aborto provocado en condiciones de riesgo se transformó en un tema relevante de salud pública, al ubicarse como la primera causa independiente de mortalidad materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Briozzo, 2003). Ello generó la denuncia pública de la situación por parte de los profesionales de ginecología nucleados en las cátedras de Ginecotología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. En 2001 se concretó la creación de *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, espacio que nucleó a profesionales de la salud y desde el que, mediante el diálogo con organizaciones feministas, se elaboraron e impulsaron las *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, que fueron reconocidas como normativa

sanitaria por el Ministerio de Salud Pública en agosto de 2004, mediante la ordenanza ministerial N° 369 (Briozzo, 2007; Abracinskas y López Gómez, 2004).

Las medidas propuestas por este colectivo de profesionales se basaron en una estrategia sanitaria centrada en un modelo de reducción de riesgos y daños, que buscaba dotar a los servicios de salud de una herramienta preventiva de las complicaciones del aborto inseguro. Mediante esta estrategia se procuraba que los servicios de salud pudieran intervenir “en el antes y en el después” del aborto, brindando información, orientación y contención a las mujeres que se enfrentaban a un embarazo no esperado o no deseado. Su adopción como normativa sanitaria por parte del Ministerio de Salud Pública alentó expectativas sobre su inclusión en todos los servicios del sistema de salud, lo que generó diversas tensiones entre los profesionales de la salud, dejando en evidencia las contradicciones y dificultades que implicaba transitar por este camino.

También en 2004 se instaló en la órbita del ministerio la *Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*³, de carácter intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y miembros de la academia. La Comisión se creó en el marco de los cometidos definidos por la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva gestada en 2003, en un contexto regional e internacional de evaluación de los avances y retos a los 10 años de la realización de la CIPD. Su instalación significó una herramienta de gran relevancia en el proceso nacional para la ratificación de la vigencia de los compromisos asumidos en la Conferencia, y fue el primer mecanismo institucionalizado de diálogo entre el Estado y la sociedad civil para el monitoreo de las políticas nacionales en la materia (CNS Mujeres, 2005 y 2006).

En este período tuvo lugar además la discusión parlamentaria sobre el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva, el primer proyecto legislativo que propuso la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación que logró ser debatido en ambas cámaras del Poder Legislativo. Con anterioridad, desde 1985, se habían presentado en cada legislatura iniciativas parlamentarias tendientes a regular la práctica voluntaria del aborto: en 1985 el proyecto de despenalización del aborto, por iniciativa de Lamas y Vaillant; en 1993 el proyecto sobre la interrupción voluntaria de la gravidez, iniciativa de Sanseviero, que obtuvo unanimidad en la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados, y en 1998 el proyecto sobre despenalización del aborto, iniciativa de Barreiro que no fue considerada. Ninguna de ellas había logrado ingresar a la discusión de las plenarios de las cámaras. Este nuevo proyecto colocaba al Estado como garante del pleno ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mediante el desarrollo de estrategias de educación sexual, la promoción de maternidades y paternidades elegidas, el acceso universal a servicios de anticoncepción y el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción voluntaria de un embarazo hasta las 12 semanas de gestación,

³ Ministerio de Salud Pública, Ordenanza N° 147 (24/3/2004).

y luego de ese plazo en determinadas circunstancias. El proyecto fue aprobado por la plenaria de la Cámara de Diputados el 10 de diciembre de 2002, sin embargo, no obtuvo los votos necesarios en la Cámara de Senadores, donde fue desestimado en mayo de 2004 mediante una votación ajustada.

Fueron dos años de intensos debates sociales y políticos que permitieron evidenciar, entre otras cuestiones, el activo involucramiento de la ciudadanía en la discusión pública y el creciente papel del cuerpo médico en el debate. Las encuestas de opinión de la época registraron que la mayoría de la población estaba de acuerdo con la aprobación del proyecto (entre un 55% y un 63%), dando cuenta de una posición sostenida y consolidada a favor de la despenalización (Selios, 2007). Desde ese momento, el aborto ingresó a la gran agenda pública con el respaldo de amplios sectores de la población y con el impulso de una articulación nutrida y diversa de actores sociales, académicos, sindicales, profesionales y políticos que abogaron por la aprobación de un marco normativo acorde a los nuevos consensos sociales (Abracinskas y López Gómez, 2007).

Período 2005-2009: el reconocimiento jurídico de la salud sexual y reproductiva como derecho humano

Este período concuerda con el cambio de administración del gobierno nacional, mediante la asunción del Frente Amplio y de Tabaré Vázquez a la Presidencia de la República (2005-2009). El país había atravesado una crisis socioeconómica de gran magnitud y la prioridad del nuevo gobierno fue impulsar una serie de reformas estructurales que permitieran revertir los impactos sociales de la crisis y proyectar el país hacia un modelo de desarrollo sostenible. Por primera vez la izquierda era gobierno nacional y las expectativas eran altas, tanto a nivel nacional como regional e internacional.

Entre las reformas prioritarias se consideró la del sector de la salud, a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)⁴, que se basó en tres pilares: cambio del modelo de atención, del modelo de financiamiento y del modelo de gestión. El objetivo principal del SNIS fue universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. Se propuso cambiar el paradigma basado en la asistencia y la rehabilitación por un modelo que privilegiara la atención integral y jerarquizara la promoción y la prevención. Esta modificación buscó que el primer nivel de atención se convirtiera en el foco de los principales cambios y en el escenario donde debía recaer la responsabilidad de que los usuarios y usuarias del sistema redujeran la necesidad del uso de los servicios en los demás niveles. Esto implicó necesariamente el fortalecimiento de los servicios de la red del primer nivel en materia de recursos humanos, financieros e infraestructura. También supuso reorganizar la integración de los equipos de salud incluyendo

⁴ El SNIS fue creado por la Ley N° 18.211 del 5/12/2007 y puesto en marcha en enero de 2008.

otros perfiles de profesionales, de modo de responder a un paradigma de integralidad desmarcado del modelo biomédico tradicional. El modelo de financiamiento, por su parte, implicó una transformación en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando la cobertura universal, la equidad y la solidaridad a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este sistema prevé el pago a los efectores sobre la base de una cápita en función del número y el perfil de los usuarios y usuarias y del cumplimiento de las metas prestacionales de observancia obligatoria. La incorporación de la salud sexual y reproductiva como parte de estas prestaciones de observancia obligatoria del SNIS ha sido un proceso gradual y que aún hoy no se ha completado.

En materia programática, desde 2005 el Ministerio de Salud Pública definió entre sus prioridades el *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, que incluía un área específica de salud sexual y reproductiva. Esto supuso un avance en materia de definición programática de políticas de salud, y en particular implicó la apertura de la salud pública a una agenda históricamente no priorizada. Sin embargo, la escasa dotación de recursos humanos y presupuestales y la baja participación e incidencia de los programas prioritarios en las reformas estructurales de la salud cuestionaron su capacidad para incidir y transversalizar el enfoque de género, derechos y equidad en la política sanitaria nacional (CNS Mujeres, 2006). El documento de su creación incluye escasas referencias a acciones específicas sobre la prevención del aborto de riesgo, a pesar que la normativa 369/2004 ya se había aprobado en el período anterior y tenía plena vigencia. De todos modos se impulsó la creación de la *Comisión Asesora sobre la Interrupción de la Gestación*⁵, que dejó sin efecto el *Comando de Lucha contra el aborto criminal* que había sido creado en 1992. Esta Comisión es la única estrategia definida en el período para la atención de abortos institucionales en el marco de la ley vigente en ese momento (N° 9.763, de 1938). A su vez se creó también la *Comisión Nacional para el Monitoreo y la Reducción de la muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, aborto y cesárea*, en 2006, a partir de la preocupación por el subregistro de las muertes maternas en el país⁶. La Comisión presentó en 2009 un informe sobre mortalidad materna para el período 1999-2009, el único que elaboró (Uruguay, MSP, 2009).

Ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública autorizó el uso intrahospitalario del misoprostol con fines obstétricos. Desde entonces este medicamento se puede utilizar en los centros hospitalarios para la inducción del parto, el tratamiento de la hemorragia post parto, el feto muerto y retenido (aborto incompleto), empleando los esquemas recomendados por la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG). Se autorizó la venta en farmacias bajo la receta médica de un gastroenterólogo para el tratamiento de úlceras duodenales. Desde 2002 se vendía misoprostol en el mercado informal a precios lucrativos que se ubicaban en torno de los 300 dólares americanos por cuatro pastillas, es decir, 800 microgramos. La práctica del aborto con medicamento como un método eficaz, más seguro y ambulatorio

⁵ Ministerio de Salud Pública, Ordenanza N° 890 (17/10/2005).

⁶ Ministerio de Salud Pública, Ordenanza N° 751 (20/11/2006).

mediante el uso de misoprostol había modificado las prácticas de aborto provocado, desplazando a las clínicas clandestinas y al aborto quirúrgico.

Las prestaciones que se ofrecían en los servicios de salud públicos y privados básicamente incluían la planificación familiar (en los servicios públicos), la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y Sida y de cáncer gínito-mamario, la atención del embarazo y el parto y la detección de violencia doméstica. Solamente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en algunos centros públicos de atención primaria de Montevideo y del interior del país se ofrecía asesoramiento pre y post aborto, tal como establecía la normativa sanitaria vigente. Los informes de monitoreo de los servicios y las prestaciones realizados por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva para los años 2008 y 2009 daban cuenta de las dificultades que se observaban en los servicios para ofrecer prestaciones integrales, así como para modificar pautas de intervención basadas en un modelo de atención biomédico tradicional. El país contaba con normativas y guías clínicas sobre varios componentes de la salud sexual y reproductiva, sin embargo, su grado de implementación en los servicios era bajo y la población usuaria las desconocía o las demandaba también en escasa medida (MYSU, 2008 y 2009).

Desde el punto de vista parlamentario, el país atravesó el debate más intenso en materia de derechos sexuales y reproductivos y despenalización/legalización del aborto. Se presentó un nuevo proyecto de ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Cámara de Senadores, que tenía una matriz de contenidos similar a la que sustentaba el que se había presentado en la legislatura anterior, aunque incorporaba en su artículo 1° las obligaciones del Estado de garantizar los derechos sexuales y reproductivos e instaba al desarrollo de acciones sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva (Johnson, 2011). De esta forma, el conjunto de normativas sanitarias en la materia aprobadas por el Ministerio de Salud Pública en los últimos años eran incorporadas explícitamente en el texto de la ley, “blindándolas” y otorgándoles un rango superior desde el punto de vista jurídico.

El proyecto aprobado por el Parlamento Nacional recogió los aportes más sustantivos de los presentados en legislaturas anteriores, buscando atender el problema de la práctica clandestina del aborto provocado desde la prevención, atención y respuesta integral en términos de prestaciones de salud sexual y reproductiva. En tal sentido, el capítulo primero del proyecto fue entendido y redactado como un capítulo de preámbulo que contuviese las condiciones necesarias a ser garantizadas por el Estado para que las personas y las parejas pudieran decidir sobre número y espaciamiento de sus hijos desde la información, orientación y el adecuado acompañamiento de los servicios de salud y educativos. A través de sus capítulos II, III y IV especificaba los plazos y condiciones para habilitar el derecho de la mujer ante un embarazo no planeado/buscado, de decidir –hasta las doce semanas de gestación– su continuación o interrupción ante determinadas especificaciones. Esta forma de abordaje fue el resultado de los avances técnicos y político-sociales del debate sobre salud y

derechos sexuales y reproductivos, tanto a nivel nacional como internacional, en el entendido de la búsqueda de soluciones integrales a problemas complejos que afectan a las personas, considerando que este tipo de decisiones nunca se determina por una sola causa o condición sino que son resultado de múltiples valoraciones que realizan las mujeres y sus parejas ante el ejercicio de la sexualidad y las decisiones en el campo de la reproducción (López Gómez y Abracinskas, 2009:20).

El proyecto fue tratado por ambas cámaras del parlamento en un proceso que duró aproximadamente dos años y que culminó en noviembre de 2008 con su aprobación integral. Sin embargo, fue vetado parcialmente por el Poder Ejecutivo en los capítulos específicos relativos a la despenalización del aborto. Los fundamentos utilizados en el veto han sido analizados desde distintos ángulos y perspectivas, generando amplia repercusión a nivel internacional (Banfi *et al.*, 2010; Andreoli, 2011).

Como resultado, se promulgó la *Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*, un instrumento marco que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y define las responsabilidades del Estado como su garante a través de políticas de salud y educativas. Entre otros componentes de la salud sexual y reproductiva, la ley considera el asesoramiento y la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado para la prevención de abortos de riesgo, es decir, incluyó la ordenanza 369 en su articulado, pero debido al veto interpuesto, no modificó el estatuto jurídico del aborto como delito, dejando plenamente vigente la ley de 1938.

Período 2010-2014: el nuevo escenario del aborto legal

Este período se caracteriza por avances importantes en materia de consolidación de las normativas y la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva, así como por los cambios legislativos en la regulación de la práctica del aborto voluntario. En marzo de 2010 asumió como Presidente de la República José Mujica, con lo que el Frente Amplio iniciaba un segundo mandato en el gobierno. Esto abría posibilidades de continuidad y profundización de las políticas iniciadas en la administración anterior, y auguraba la oportunidad de un nuevo debate parlamentario sobre el aborto. El país había superado la crisis de 2002, se habían logrado implementar políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social y se habían encaminado algunas de las reformas estructurales promovidas desde el programa del Frente Amplio. En el campo de la salud sexual y reproductiva, el gobierno tenía la tarea de reglamentar e implementar la Ley N° 18.426. Ello implicaba asegurar su puesta en marcha en los servicios del SNIS, fortaleciendo las acciones que ya se desarrollaban desde hacía algunos años, incorporar nuevas prestaciones y, fundamentalmente, universalizar su acceso en todo el sistema.

Se generaron cambios en la estructura del Ministerio de Salud Pública mediante la instalación del Área de Salud Sexual y Reproductiva, desde la que se elaboró el de-

creto reglamentario de la Ley N° 18.426 y la guía de servicios de salud sexual y reproductiva (Uruguay, MSP, 2010), documentos que establecieron la creación de servicios específicos en este campo en todo el SNIS. Cada institución de salud pública y privada-mutual integrante del SNIS debía contar con un servicio de salud sexual y reproductiva a cargo de un Equipo Coordinador de Referencia (ECR) e integrado por todos aquellos profesionales de la salud cuyo perfil fuera requerido para garantizar la atención. La ley se puso en marcha en los servicios del SNIS en enero de 2011, y desde entonces no se dispone de información oficial de acceso público sobre el proceso de su implementación y los resultados obtenidos. Este es un déficit muy importante para el monitoreo y la evaluación de la política pública que dificulta el control y la veeduría, además del avance de la agenda de investigación sobre políticas y servicios de salud sexual y reproductiva.

El único dato disponible se refiere a las metas asistenciales de observancia obligatoria gestionadas desde la Junta Nacional de Salud (JUNASA)⁷. Este organismo define las metas que deben cumplir todos los efectores de salud que forman parte del SNIS, las que constituyen una política de pago por desempeño, y dependen del cumplimiento de una serie de indicadores estipulados por la JUNASA. Se han definido cuatro metas asistenciales, y una de ellas se refiere a la salud del niño y de la mujer, e incluye acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las mujeres durante el embarazo y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica. Desde esta perspectiva, la atención de la salud sexual y reproductiva se reduce al componente tradicional de la salud materna, sin haberse incorporado ninguno de los lineamientos que se definieron a partir de la Ley N° 18.426. Según el informe de gestión de la JUNASA para el año 2012 el desempeño de los prestadores públicos y privados ha sido aceptable, con un cumplimiento de metas que en algunos indicadores alcanza el 100% (JUNASA, 2012).

En este período los principales avances en materia de salud sexual y reproductiva y derechos se pueden ubicar en el escenario legislativo. Luego de un intenso y complejo debate parlamentario, en octubre de 2012 se aprobó la ley de interrupción voluntaria del embarazo (N° 18.987). En noviembre de 2011 el proyecto de ley había sido presentado en la Cámara de Senadores, con el objeto de despenalizar el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación, retomando así el proceso que se había truncado mediante el veto de 2008. El proyecto fue aprobado en diciembre de ese mismo año en la plenaria de la Cámara por 17 votos a favor y 14 en contra, habilitando así su tratamiento en la Cámara de Diputados. El proyecto logró los votos necesarios en esa instancia, pero el texto fue modificado a causa de las negociaciones, lo que implicó que fuera ratificado por la Cámara de Senadores el 22 de octubre de 2012, completando el proceso legislativo. Finalmente, el Poder Ejecutivo promulgó la ley para su reglamentación por parte del Ministerio de Salud Pública en noviembre de ese año, mediante el decreto 375/012.

⁷ Este organismo fue creado por la Ley N° 18.211 y tiene la responsabilidad de velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS, así como administrar el Seguro Nacional de Salud.

La Ley N° 18.987 habilita la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación (aborto por decisión de la mujer), o fuera de ese plazo ante situaciones de riesgo de vida y salud grave para la mujer, malformación fetal incompatible con la vida extrauterina y violación —para esta última, el plazo se extiende a 14 semanas. El aborto será considerado legal siempre y cuando tenga lugar en el marco de la ruta de atención prevista en un servicio de salud del SNIS. Si las condiciones no se cumplen, es decir, si el aborto se realiza fuera del marco de las consultas del servicio de salud o fuera de los plazos establecidos, tiene pleno efecto la tipificación del delito y la pena establecida en el Código Penal. La ley y el decreto reglamentario establecieron la ruta crítica dentro del servicio de salud que deberá transitar toda mujer en situación de embarazo no deseado, en función de lo que se denomina IVE 1, IVE 2 e IVE 3. Estos elementos están contenidos en las guías técnicas sobre servicios de interrupción voluntaria del embarazo elaboradas por el Ministerio de Salud Pública (Uruguay, MSP, 2012).

Primera consulta con el médico: IVE 1

En esta consulta la mujer manifiesta su deseo de interrumpir el embarazo. El médico debe verificar los requisitos básicos que la ley establece: la voluntad de la mujer; que sea ciudadana natural, legal o extranjera con más de un año de residencia y la edad gestacional. Se procede a la derivación a un equipo interdisciplinario mediante un pase con los requisitos básicos anteriormente mencionados y por escrito. En esta consulta se solicitará el grupo sanguíneo y una ecografía ginecológica, exámenes que deben ser coordinados con carácter de urgentes y deben haber sido realizados al momento de concretarse la tercera consulta.

Consulta con el equipo multidisciplinario: IVE 2

Este equipo debe conformarse luego de la consulta IVE 1, en un tiempo no mayor a las 36 horas, y debe estar integrado por un ginecólogo, un trabajador del área social y un especialista del área de la salud mental. Los tres profesionales pueden trabajar en conjunto o de manera separada según el caso y la disponibilidad en el momento, pero todos deben realizar la “valoración” de la mujer en plazos breves, y las consultas deben quedar registradas en la historia clínica y en la ficha de IVE, elaborada específicamente para tal fin. Cabe resaltar que si el técnico que efectuó la consulta IVE 1 es ginecólogo, la segunda instancia puede realizarse solo con los otros dos especialistas, siempre que se cumplan los plazos establecidos y que el ginecólogo haya realizado el asesoramiento correspondiente a su área.

Los técnicos deben asesorar a la mujer, completar la ficha IVE 2, entregar la constancia de asesoramiento, que debe ser firmada, y dar el pase para la tercera consulta. Los contenidos del asesoramiento comprenden información en materia legal; sobre métodos para el aborto seguro y la disminución de riesgos; información sobre alternativas al aborto (adopción, programas de asistencia estatal a la maternidad); apoyo psicoemocional e información sobre planificación familiar post aborto. También debe establecerse adecuadamente la condición de ciudadanía o residencia; corroborarse

los documentos legales ante una violación e incapacidad; entregar constancia de asesoramiento; asegurar que la paraclínica esté pronta para la tercera consulta y otorgar el pase a IVE 3.

En el caso de adolescentes, el equipo debe establecer la autonomía progresiva y orientar al juez en adolescentes cuando exista discrepancia entre la joven y sus padres o tutores. La fecha para la tercera consulta debe establecerse como mínimo cinco días corridos después de la valoración realizada en IVE 2, tiempo que está establecido en la ley como un período de reflexión obligatorio para la mujer.

Consulta con el ginecólogo: IVE 3

La tercera consulta debe realizarla un ginecólogo, quien valorará nuevamente los requisitos básicos y que se hayan cumplido los pasos previos. Siendo correcto el procedimiento, y si la mujer ratifica su deseo de interrumpir el embarazo, se valorará según criterios médicos la manera y el lugar donde debe ocurrir el aborto. Una vez elegido el método se le asesora sobre su modo de uso, signos y síntomas de riesgo y sobre la consulta precoz. Optando por el método farmacológico, se otorga la receta de misoprostol y la mifepristona. Por último, se entrega el consentimiento informado y se fija la consulta post aborto en un plazo no mayor a 10 días (IVE 4).

La ley aprobada recibió críticas desde distintos sectores y perspectivas. Quienes históricamente abogaron en contra de cualquier cambio en el marco normativo la consideraron un retroceso e iniciaron un proceso para su derogación por parte de la población mediante el mecanismo constitucional de la consulta ciudadana, que apenas contó con el concurso del 9% de los habilitados para votar⁸. Para quienes habían trabajado arduamente por la despenalización del aborto y el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos reproductivos, el resultado generó fuertes controversias y disconformidad con los actores políticos. Las principales críticas desde la mirada feminista fueron que la ley promulgada no destipificaba el delito de aborto, sino que suspendía la pena establecida en el Código Penal vigente (1938) siempre y cuando se cumplieran ciertas condiciones y requisitos. Se señaló que la ruta crítica que las mujeres deben transitar dentro del servicio de salud para acceder al aborto legal responde más a un modelo de tutelaje profesional que a un enfoque de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida reproductiva. A su vez, desde un primer momento la puesta en marcha de los servicios IVE instaló discusiones sobre sus características, sobre la objeción de conciencia de los ginecólogos —prevista por la ley para la instancia de IVE 3— y sobre la objeción por ideario institucional para los efectores de salud —que también establece la norma. Estos cuestionamientos son relevantes tanto desde el punto de vista de las limitaciones jurídicas de la ley como respecto de su legado simbólico. De todas formas, la norma generó un escenario novedoso y

⁸ La consulta tuvo lugar el 23 de junio de 2013. Para habilitar el plebiscito la consulta ciudadana debía convocar a las urnas, por lo menos, al 25% de los ciudadanos habilitados para votar, pero apenas alcanzó un 9%. Ello dejó sin efecto la posibilidad de que la ley fuera revocada.

desafiante para el desarrollo de estrategias de implementación en el SNIS a partir de enero de 2013.

Casi un tercio de los profesionales médicos de ginecología de todo el país presentó objeción de conciencia, y en algunos casos, como en el departamento de Salto, todos los médicos ginecólogos son objetores. Es escasa la información oficial que se dispone sobre el curso de la implementación de los servicios y sus resultados. El último informe dado a conocer por el Ministerio de Salud Pública en una conferencia de prensa, referido al registro de abortos legales para el período de diciembre de 2012 a noviembre de 2013, reveló que se reportaron en el SNIS 6.676 abortos y se registró una muerte materna por aborto inseguro en Montevideo. Los datos muestran que el 41% de los casos corresponden al sector público y el 59% al privado; el 64% de los abortos fueron atendidos en Montevideo y el 36% en servicios del interior del país; el 18% eran mujeres menores de 19 años y el 6,6% del total de las mujeres decidió continuar con el embarazo luego de la consulta con el equipo interdisciplinario. Se reportó que el 62% de las mujeres utiliza algún método anticonceptivo post aborto⁹. En función de estos datos, el informe concluye que para este período se estima una tasa de aborto de 9 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años).

Surgen interrogantes a partir de estos datos, preguntas sobre el registro y el reporte por parte de los servicios, y si efectivamente se está frente a cifras que reflejan la magnitud real del fenómeno. Si bien no es posible comparar registros con estimaciones, estas últimas se ubicaban entre los 16.000 y los 33.000 abortos provocados, según estudios realizados en períodos anteriores a la aprobación de la ley. Cabe preguntarse entonces si las mujeres continúan con prácticas clandestinas de aborto, y si así fuera, cuáles son los factores asociados a ello: estigma, desconfianza en el servicio, temor a la sanción social y el rechazo, temor a la falta de confidencialidad —en especial en el interior del país—, falta de difusión adecuada de los servicios disponibles, entre otras posibilidades.

En países en los que el marco legal penaliza la práctica, la clandestinidad es un factor preponderante de riesgo social, sanitario y jurídico, por lo tanto, las complicaciones que se asocian al aborto inseguro han sido difíciles de medir en esos contextos. El estigma, la culpa y el miedo que sienten las mujeres que se han realizado abortos clandestinos dificultan el reporte y la confiabilidad de los datos. En países con marcos legales menos restrictivos o que habilitan el aborto legal se ha constatado que en los primeros años de implementación de las leyes el número de abortos es menor al estimado previamente, debido a cuestiones relacionadas con el registro de la información y con las resistencias que se observan en los prestadores de salud, como lo sugieren algunos estudios sobre la experiencia del Distrito Federal de México (Lamas, 2011).

⁹ En <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf>, acceso 5 de octubre de 2014.

Conclusiones

Entre 1996 y 2012 Uruguay avanzó de manera significativa en el reconocimiento social y político de los derechos sexuales y los reproductivos, consagrando en su legislación un marco normativo que los reconoce como derechos humanos universales y que ubica al Estado como su garante. Sin embargo, se mantuvo el delito del aborto en toda circunstancia hasta octubre de 2012, cuando se aprobó la Ley N° 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo. En materia programática, se definieron una serie de estrategias para la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en el SNIS, sobre la base de los criterios de integralidad de las prestaciones y equidad en el acceso. En este sentido, se adoptaron las medidas para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, como estrategia sanitaria de reducción de riesgos y daños en un contexto legal restrictivo. En el proceso de incorporación de la salud sexual y reproductiva, incluida la atención pre y post aborto, se han identificado una serie de obstáculos fundamentalmente relacionados con barreras funcionales, organizativas, culturales y económicas que dificultan el cambio de modelo de atención, desde uno de corte tradicional materno-infantil hacia otro integral, basado en los derechos sexuales y reproductivos (López Gómez y Carril, 2010).

Al igual que la mayoría de los países de la región, Uruguay formó parte de la larga lista de países con una legislación restrictiva sobre el aborto, en la que se lo consideraba un delito en toda circunstancia. El nuevo escenario nacional sobre el aborto legal que se ha generado a partir de la aprobación de esta norma desafía el desarrollo de una agenda de investigación interdisciplinaria que permita describir y analizar las distintas dimensiones que inciden en el acceso y el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de salud y en diferentes ámbitos de la vida social, en particular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Los resultados que se puedan generar representarán un insumo no solo para comprender la realidad local —y contribuir al proceso de implementación de la política—, sino para alumbrar el complejo recorrido que transitan otros países de la región para ampliar el acceso al aborto legal. Estas dimensiones son elementos de análisis de los complejos procesos de transformación institucional y sociocultural que se requieren para reconocer a las mujeres como sujetos de derechos reproductivos, con capacidad para tomar decisiones sobre su salud y su vida reproductiva.

Referencias

- Abracinskas, Lilián y López Gómez, Alejandra (2004), *Mortalidad materna, salud y aborto en Uruguay*, Montevideo: MYSU.
- ____ (2006), “Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay”, en Checa, S. (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós.
- ____ (eds.) (2007), *Aborto en debate: dilemas y desafíos del Uruguay democrático*, Montevideo: MYSU.

- Andreoli, Miguel (2011), “Las consideraciones éticas del veto contra la despenalización del aborto en Uruguay”, en Johnson, C. *et al.* (eds.), *(Des) penalización del aborto en Uruguay: abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*, Montevideo: CSIC/UDELAR.
- Banfi, Analía; Cabrera, Oscar; Gómez, Fanny y Hevia, Martín (2010), “El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo los argumentos”, *Cuadernos Aportes al Debate en Salud, Ciudadanía y Derechos*, Montevideo: MYSU, Época 1, N° 1, en <<http://www.archivos.hacelosvaler.org/Cuaderno%201%20Final.pdf>>, acceso 11 de febrero de 2015.
- Bidegain, Gabriel (2007), “Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto”, en Abracinskas, L. y López Gómez, A. (coords.), *El aborto en debate: dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*, Montevideo: MYSU.
- Briozzo, Leonel (2003), “Aborto provocado: un problema humano, perspectivas para su análisis - Estrategias para su reducción”, *Revista Médica del Uruguay*, 19, pp.188-200.
- ____ (ed.) (2007), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Arena.
- Carril, Elina y López Gómez, Alejandra (2008), *Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad*, Montevideo: Trilce.
- CNS Mujeres (1999), *El Estado uruguayo y las mujeres. Monitoreo de políticas públicas*, Montevideo: Comisión Nacional de Seguimiento.
- ____ (2005), *Uruguay y las políticas en salud reproductiva: un balance de lo hecho para acciones del futuro*, Montevideo: CNS Mujeres
- ____ (2006), *Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva: monitoreo de políticas públicas*, Montevideo: CNS Mujeres y MYSU.
- Guttmacher Institute (2012), *Facts on induced abortion worldwide*, in <<http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>>, access February 11, 2015.
- Johnson, Niki (2011), “El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario”, en Johnson, C. *et al.* (coords.), *(Des) penalización del aborto en Uruguay: abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*, Montevideo: CSIC/UDELAR.
- Johnson, Niki; López Gómez, Alejandra y Schenck, Marcela (2011), “La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales”, en Johnson, C. *et al.* (coords.), *(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos- abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*, Montevideo: CSIC Colección Art.2.
- JUNASA (Junta Nacional de Salud) (2012), “Rendición de Cuentas 2012. Rendición de Cuentas. Ejercicio 2012”, en <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/REND%20CTAS%20JUNASA%202012-%20FINAL%20%28Con%20anexos%29.pdf>, acceso 10 de febrero de 2014.

- Lamas, Marta (2011), "Profesionales y aborto en servicios del DF en México", Ponencia presentada en el III Encuentro Regional de Investigación sobre embarazo no deseado y aborto, Population Council, México.
- López Gómez, Alejandra y Abracinskas, Lilián (2009), "El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva", *Cuadernos del UNFPA*, Montevideo: UNFPA, Año 3, N° 01.
- López Gómez, Alejandra; Abracinskas, Lilián y Furtado, Magdalena (2009), "Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción", *Cuadernos del UNFPA*, Montevideo: UNFPA, Año 3, N° 04.
- López Gómez, Alejandra; Benia, Wilson; Contera, Myriam y Güida, Carlos (2003), *Del enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva: tensiones, obstáculos y perspectivas*, Montevideo: Facultad de Psicología y Fundación Mexicana para la Salud.
- López Gómez, Alejandra y Carril, Elina (2010), "Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres", en Castro, R. y López Gómez, A. (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar, CRIM y UNAM, pp. 27-48.
- López Gómez, Alejandra y Rostagnol, Susana (1998), "Políticas Públicas, Sexualidad y Salud Reproductiva", *Avances de la Investigación en Sexualidad y Salud Reproductiva*, Buenos Aires: CEDES, CENEP y AEPa.
- MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) (2008), *Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*, Montevideo.
- _____ (2009), *Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*, Montevideo.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*, Ginebra: OMS.
- Pinotti, José and Faúndes, Aníbal (1989), "Unwanted pregnancy: challenges for health policy", *Women Health in the Third World: the impact of the unwanted pregnancy. International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Dublin, Sup. N° 3.
- Romero, Mariana y Ramos, Silvina (2009), "El aborto seguro en América Latina: un derecho relegado", Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Nueva York, en <<http://www.familycareintl.org/en/resources/publications/74>>, acceso 11 de febrero de 2015.
- Sanseviero, Rafael (2003), *Condena, tolerancia y negación: el aborto en Uruguay*, Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.
- _____ (2008), *Barreras: investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres a decidir*, Montevideo: Ruda, IPPF, AUPF

- Sapriza, Graciela (1997), “Mentiras y silencios: el aborto en Uruguay del Novecientos”, en Barrán, J.P.; Caetano, G. y Perzecanski, T., *Historia de la vida privada en Uruguay*. Tomo II. El nacimiento de la intimidad (1870-1920), Montevideo: Santillana.
- ____ (2011), “Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. ‘Aborto libre’. Una corta experiencia uruguaya (1934-1938)”, en Johnson, C. et al. (coords.), *(Des)penalización del aborto en Uruguay: abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*, Montevideo: CSIC/UDELAR.
- Say, Lale et al. (2014), “Global causes of maternal deaths: a WHO systematic analysis”, *The Lancet Global Health*, v. 2, n. 6, pp.323-333.
- Sedgh, Gilda et al. (2012), “Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008”, *The Lancet*. 2012, v. 379, n. 9816, pp. 625-632.
- Selios, Lucía (2007), “La opinión pública y el aborto”, en Abracinskas, L. y López Gómez, A., *El aborto en debate: dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*, Montevideo: MYSU.
- Singh, Susheela et al. (2009), *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.
- Shah, Iqbaland and Ahman, Elisabeth (2010), “Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends”, *Reproductive Health Matters*, v. 18, n. 36, pp. 90-101.
- Tietze, Christopher (1990), *Informe Mundial sobre el Aborto*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Uruguay, MSP (Ministerio de Salud Pública) (2009), *Informe de la Comisión para la Reducción de la Mortalidad de mujeres por causas relacionadas con embarazo, parto, puerperio y aborto*, Montevideo.
- ____ (2010), *Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*, Montevideo.
- ____ (2012), *Guías para los servicios de interrupción voluntaria del embarazo*, Montevideo.
- WHO (World Health Organization) (2011), *Unsafe Abortion: global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, Geneva.
- WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank and United Nations Population Division (2014), *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, in <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>>, access February 11, 2015.

“Foi nascendo a vontade”:

análise dos desejos de fecundidade de casais
e suas influências mútuas

Angelita Alves de Carvalho¹

Laura L. R. Wong²

Paula Miranda-Ribeiro³

Resumo

Para que a reprodução desejada seja de fato alcançada, as motivações de cada um dos parceiros devem se interagir e serem combinadas impulsionando uma ação conjunta, que é ter ou não filhos. Este artigo analisa o processo de tomada de decisão por filhos entre casais de alta escolaridade e a visão de cada um dos cônjuges sobre sua autonomia e poder de barganha quanto à implementação de sua fecundidade desejada. Foram utilizados dados quantitativos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS de 2006 e dados qualitativos, oriundos de entrevistas em profundidade realizadas com 31 com casais de alta escolaridade, em Belo Horizonte (Brasil) em 2013. Os desejos dos parceiros por filhos se interferem mutuamente, com os homens passando a ter um forte interesse e influência sobre as decisões de fecundidade. Ao final, as mulheres parecem ser aquelas que mais sofrem essa interferência ou as que mais cedem à pressão dos desejos de seus companheiros.

Palavras-chave: Preferências reprodutivas. Análise de casais. Relações de gênero.

¹ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (angelita.carvalho@ibge.gov.br).

² Universidade Federal de Minas Gerais (lwong@cedeplar.ufmg.br).

³ Universidade Federal de Minas Gerais (paula@cedeplar.ufmg.br).

Introdução

No contexto de baixa fecundidade, como é o caso de um bom número de países do continente latino-americano, em que a Taxa de Fecundidade Total, em 2010, ficou abaixo do nível de reposição e projeções que indicam reduções ainda significativas na fecundidade, torna-se cada vez mais relevante entender a dinâmica reprodutiva dos casais. Isso porque, como apontado por Miller et al. (2004), a reprodução tem suas motivações localizadas em duas estruturas separadas, tradicionalmente, fixadas no homem e na mulher. Portanto, para que a reprodução desejada seja de fato alcançada, as motivações de ambos os cônjuges devem, de alguma forma, ser integradas, o que torna o processo de tomada de decisão por filhos ainda mais complexo.

Estudos (THOMSON, 1990; 1997) revelam que as discordâncias do casal quanto às intenções e desejos de fecundidade resultam em vários processos alternativos de negociação e tomada de decisão, os quais devem ser analisados para se compreender como ocorre a dinâmica reprodutiva. Nesse processo de negociação, existem várias possibilidades de solução, em que as divergências podem ser resolvidas pelo exercício do poder de gênero. De acordo com Thomson (1997) e Puur et al. (2008), nas sociedades atuais, os desejos dos maridos têm maior influência sobre os desejos reprodutivos das esposas, dado que os casamentos em sociedades economicamente desenvolvidas apresentam menores desigualdades de gênero e o engajamento dos homens nas responsabilidades familiares é mais intenso. Esse maior compartilhamento das responsabilidades e cuidados com os filhos poderia levar a um aumento nos desejos de fecundidade das suas parceiras. Mas, por outro lado, Puur et al. (2008) argumentam que os homens, com visões igualitárias, teriam seus custos de crianças superiores aos seus homólogos mais tradicionais, por investirem mais tempo e energia no cuidado de seus descendentes, o que levaria à redução do número de filhos que desejam.

Tem-se a hipótese de que, apesar de as mulheres ainda ficarem com os custos físicos da gravidez e do nascimento, os homens passaram a ter um forte interesse nas decisões de fecundidade em função da influência da mídia, de instituições legais e da maior cobrança das mulheres em relação às suas obrigações. Também se especula qual seria o real poder feminino e das instituições legais em tornar essa paternidade, de fato, uma paternidade responsável, pois, a despeito do aumento da escolaridade e da autonomia feminina em diversas áreas, o mesmo não tem acontecido dentro das famílias. Espera-se, por fim, identificar possíveis fatores que contribuam para uma melhor compreensão do contínuo aumento da discrepância entre uma maior fecundidade desejada e uma menor fecundidade observada entre casais e da participação dos homens na implementação das preferências reprodutivas das mulheres e, portanto, do casal.

A relevância das intenções reprodutivas e do comportamento de casais é reconhecida há muito tempo na literatura sobre a fecundidade (RYDER, 1973), mas são poucas as análises aprofundadas sobre os planos de engravidar e do comportamento reprodutivo, considerando ambos os parceiros (FRIED; UDRY 1979; BECKMAN et al., 1983; MORGAN, 1985; THOMSON et al. 1990; THOMSON, 1997; THOMSON; HOEM, 1998). Apesar de existirem evidências de que os desejos ou intenções do marido influen-

ciam a fecundidade do casal, as pesquisas de fecundidade continuam a se basear, principalmente, nos pontos de vista das mulheres. Em grande medida, a escassez de estudos pode ser atribuída aos custos elevados de se estudarem ambos os cônjuges nas pesquisas e à menor precisão que se costuma obter da fecundidade masculina.

Além disso, Bankole e Singh (1998) afirmam que, em sociedades onde a fecundidade é baixa, o desejo do marido torna-se dominante em prever o comportamento do casal, enquanto o desejo da mulher é mais relevante quando o número de filhos é elevado. Isso implica que, no caso do Brasil, o nível de interação entre os desejos do marido e da mulher torna-se um fator relevante para examinar não somente as diferenças de objetivo reprodutivo dos parceiros conjugais, mas também as relações de poder que guiam o comportamento reprodutivo dos casais.

Logo, é importante entender como os desejos e intenções sobre fecundidade, de cada um dos parceiros, separadamente, interagem e se combinam, impulsionando uma ação conjunta, que é (não) ter filhos. A fim de avançar nessa temática, este artigo analisa o processo de tomada de decisão por filhos entre casais de alta escolaridade e a visão de cada um dos cônjuges sobre sua autonomia e poder de barganha quanto à implementação de sua fecundidade desejada.

O processo de tomada de decisão por filhos entre casais

Os estudos sobre preferências reprodutivas envolvendo casais mostravam que cabia à mulher a decisão sobre quando e quantos filhos o casal teria. Isso se baseava, especialmente, no fato de a mulher ser a responsável biológica pelo nascimento dos filhos e, portanto, a mesma dominaria as decisões reprodutivas. Por muitas décadas essa visão predominou nos estudos de preferências e intenções reprodutivas e de fecundidade (BECKMAN et al., 1983; OLIVEIRA, 2007).

No entanto, novos estudos sobre o processo de decisão por filhos entre casais apontam novas relações, em que os desejos dos maridos têm pequenos, mas estatisticamente significativos efeitos incrementais sobre o comportamento do casal quanto ao uso de contraceptivos ou ao número de filhos tidos, quando os efeitos dos desejos e intenções das esposas são controlados (MORGAN, 1985). Uma das grandes estudiosas do tema é Elizabeth Thomson, que, entre os vários artigos publicados (THOMSON et al. 1990; THOMSON, 1997; THOMSON; HOEM, 1998), mostra que os desejos e intenções dos homens em idade reprodutiva influenciam os nascimentos de filhos com uma força igual aos desejos e intenções das mulheres. Thomson et al. (1990) observaram que, para os casos de um tamanho de família desejado divergente, o número de crianças efetivamente tidas situava-se entre as preferências iniciais individuais e, nessas situações, mais uma vez, a influência do parceiro do sexo masculino foi encontrado como sendo igualmente forte. O estudo ainda revelou que a vontade do marido para adiar os nascimentos teve efeito significativo sobre as taxas de fecundidade. Embora maridos fossem menos prováveis do que suas mulheres de expressar sua disposição a adiar os nascimentos por motivos econômicos, eles foram mais sensíveis às condições econômicas do que

as esposas quando as decisões de tempo eram feitas. Thompson (1997) revela, ainda, que a omissão dos desejos ou intenções dos maridos distorce a verdadeira relação entre desejos e intenções de fecundidade do casal e que especificações imprecisas da relação entre desejos ou intenções e nascimentos dos parceiros distorcem a compreensão dos determinantes da fecundidade e suas consequências.

Miller et al. (2004) sugerem um círculo de efeitos em que os desejos e o comportamento verbal e não verbal do marido afetam a percepção desses desejos, influenciando os próprios desejos da mulher, que, por sua vez, interferem, com seu comportamento verbal e não verbal, a percepção dos desejos do marido, e assim por diante. Cada cônjuge comunica verbal e não verbalmente para o seu parceiro os seus desejos e intenções por filhos e cada um dos cônjuges, por sua vez, interpreta o comportamento verbal e não verbal de seu parceiro e faz suas inferências dos desejos, intenções e motivações do companheiro para ter ou não filhos. A mais importante influência social sobre o comportamento reprodutivo individual vem do parceiro sexual, pois o comportamento reprodutivo envolve a tomada de decisão conjunta e uma busca cooperativa de evitar ou não a gravidez, em que os conflitos de interesse estão presentes em díades sexualmente íntimas (MILLER, 2011).

Bauer e Kneip (2012), estudando a tomada de decisão por filhos entre casais, encontram efeitos simétricos dos desejos dos dois parceiros sobre as intenções e comportamento de fecundidade, indicando que nem as mulheres nem os homens dominam as decisões nesse campo. Mas o que se mostra relevante é a função de utilidade comum, em que um parceiro somente irá vetar se a perda esperada de utilidade de uma criança for muito alta. E, quando os parceiros tiverem desejos opostos, o poder de negociação virá a partir das vantagens das condições de mercado, o que poderá desempenhar papel fundamental para um parceiro impor sua vontade sobre o outro. Em seu estudo sobre a Alemanha, Hener (2010) mostra evidências de que os casais não negociam somente sobre o consumo privado, mas também sobre as decisões de fecundidade. Assumindo que a renda relativa desempenha papel fundamental para a tomada de decisão, como determina a teoria do poder de barganha, o estudo sugere que as mulheres, por deterem menor renda, possuem menor poder de barganha.

Na Austrália, a preferência de fecundidade das esposas revela-se mais efetiva para prever os resultados de fecundidade em comparação com a preferência dos maridos. A chance de se ter mais uma criança foi maior para casais em que a mulher queria mais filhos e foi menor para casais em que a mulher queria ter menos filhos. Após controlar o desejo inicial de fecundidade do marido, o risco de ter um filho adicional foi 48% menor, quando o desejo inicial da mulher era inferior, e 83% maior, quando o desejo inicial da esposa era maior. Assim, nesse estudo, a preferência da mulher parece ser a força motriz das realizações de fecundidade (FAN; MAITRA, 2011).

Apesar de os estudos empíricos não fornecerem fortes evidências sobre se o homem ou a mulher é mais pró-natalista do que o outro (MASON; TAJ, 1987), um argumento é que as mulheres preferem ter menos filhos do que os seus maridos. Nesse caso, então, uma maior autonomia feminina implicaria que as mulheres seriam mais propen-

sas a ter uma baixa fecundidade. Um dos motivos de as mulheres desejarem menos filhos do que os homens, por exemplo, seria o fato de arcarem com os custos de ter filhos. Outro fator seria a autonomia interferir na decisão de utilizar um método contraceptivo em casos em que mais filhos são indesejados. Em outras palavras, se uma mulher prefere não ter mais filhos, ela agiria com base nessa preferência, utilizando um método contraceptivo mais eficaz. Mason (1986) afirma, então, que a ligação entre autonomia feminina e fecundidade é importante para a demografia.

Puur et al. (2008) também justificam a incorporação de gênero nos estudos de baixa fecundidade, uma vez que os desejos e preferências por crianças surgem de forma diferenciada em ambos os sexos e os mecanismos que levam à realização dessas preferências também diferem entre homens e mulheres. Em seu estudo realizado em 14 países europeus entre 2000 e 2003, os autores concluíram que atitudes mais igualitárias em direção à equidade de gênero levam a intenções de fecundidade mais elevadas entre os homens. Além disso, após o controle de diversas características demográficas e socioeconômicas, verificou-se que atitudes mais equânimes de gênero associam-se a intenções mais elevadas de fecundidade, bem como fecundidade realizada maior em 8 dos 14 países investigados (Áustria, Estônia, Alemanha Ocidental e Oriental, Itália, Lituânia, Países Baixos e Polônia).

McDonald (2000a e 2000b) aponta, em suas pesquisas, que a fecundidade aumenta à medida que se avança em prol da equidade de gênero dentro das famílias. Paradoxalmente, o desequilíbrio de gênero entre os cônjuges em relação aos níveis de educação, emprego e divisão das tarefas domésticas e cuidados com os filhos tem contribuído para a baixa fecundidade nos países desenvolvidos. Adicionalmente, Presser (2001) acredita que, com o adiamento da fecundidade, as mulheres passaram a ter mais experiências de seu tempo gasto em outras atividades (trabalho, educação, lazer, etc.) e, com isso, sentem-se no direito de ter este tempo próprio. Com o nascimento dos filhos, as mulheres passam a ter novas demandas de tempo, contudo, os homens não entendem essa necessidade de tempo próprio de suas mulheres, enquanto estas esperam, cada vez mais, a participação dos homens no cuidado e educação dos filhos. Nesse sentido, o custo econômico e social de ter mais de um filho torna-se muito acentuado, pois significa elevar as tensões nas negociações de gênero sobre o uso do tempo dentro das famílias.

Ao analisarem os efeitos das atitudes dos parceiros sobre o tempo do nascimento do primeiro filho entre casais na Holanda, Jansen e Liefbroer (2006) identificaram que as atitudes dos parceiros não são sempre idênticas, uma vez que a atitude da esposa em relação aos papéis de gênero é, muitas vezes, um pouco mais igualitária do que a do parceiro. Por outro lado, as atitudes de ambos os parceiros desempenham papel igualmente importante na tomada de decisão sobre o nascimento do primeiro filho. Os casais parecem se esforçar para chegar a um consenso quando têm atitudes dissimilares, sendo que uma das soluções nas famílias contemporâneas é a negociação, por meio da qual conseguem lidar com as diferenças do poder de barganha. As atitudes de papéis de gênero são importantes durante o relacionamento, em que ter e criar filhos pode demandar ajustes em alguns aspectos da divisão sexual de trabalho

na família e do trabalho remunerado. Dado que esses ajustes resultam da decisão de ter filhos, a decisão sobre qual dos parceiros irá ajustar o seu comportamento mais fortemente a essa nova situação pode depender de qual parceiro é o mais orientado para a criança. Ao mesmo tempo, ter filhos requer negociar um elemento novo: a divisão de tarefas de cuidados infantis. Uma vez que existem disposições anteriores para esse tipo de divisão do trabalho, poderia ser que as atitudes de gênero - que fornecem, em geral, um roteiro para o modo de divisão destas tarefas - sejam relevantes para decidir como será essa divisão (JANSEN; LIEFBROER, 2006).

Hakkert (2003), analisando as preferências reprodutivas de casais em oito países da América Latina, incluindo o Brasil, observou que cerca de um terço dos casais relatou querer o mesmo número de filhos por ambos os cônjuges e, curiosamente, muitos casais pareciam não perceber que tinham objetivos diferentes. Maridos, em particular, estavam convencidos de que suas esposas tinham os mesmos pontos de vista que os seus sobre o tamanho ideal da família: era engano. Tudo isso indica uma falta de comunicação sobre as preferências de fecundidade e da presença de atitude “machista” por homens que assumem que suas esposas compartilham suas preferências. O autor ainda revela que os homens tendem a querer mais filhos do que suas esposas, mas as diferenças são pequenas: em aproximadamente 36% dos casos, são os homens que desejam ter mais filhos e, em cerca de 28%, são as mulheres. Para os casais que diferiram quanto ao número desejado de filhos, a situação mais comum foi aquela em que as preferências médias dos cônjuges ficaram acima do valor médio preferido pelas mulheres, sendo que a fecundidade superava ambos. Assim, a fecundidade dá-se mais de acordo com a preferência do sexo masculino do que feminino.

No Brasil, poucos trabalhos analisaram a relação entre relações de gênero e vida reprodutiva. Goldani (2001) avaliou as relações de gênero no contexto de queda da fecundidade no Nordeste brasileiro, com base nos dados da PNDS 1996. Percebeu-se que as condições assimétricas de gênero foram desfavoráveis para a redução da fecundidade no Nordeste, o que fez as mulheres dessa região desacompanharem o declínio rápido da fecundidade no Brasil como um todo. Ao utilizar um índice de igualitarismo como uma *proxy* para as relações de gênero entre casais e sua influência sobre a TFT, a autora observou que os níveis de igualitarismo sobre escolhas reprodutivas eram muito baixos (apenas 52% dos casais apresentavam pelo menos algum igualitarismo). Para cada aumento de um ponto na escala de igualitarismo, ocorria uma redução de mais de meio filho (-0,570) entre os casais com o mesmo número ideal de filhos.

Com uma *proxy* similar de relações de gênero, Gualberto (2003) faz uma análise das condições de igualdade entre a mulher e seu cônjuge e o uso de contracepção. Visualizou-se que as chances dessa mulher usar métodos contraceptivos crescem de acordo com a expansão do indicador e que aumentos de *status* diminuem as chances de insatisfação contraceptiva. Recentemente, Bonifácio e Nepomuceno (2012), ao examinarem as preferências reprodutivas de casais em 1996, sugeriram que, como há uma tendência de regularização do comportamento reprodutivo para todos os estratos sociais e regiões geográficas, quase nenhuma variável socioeconômica e demográfica foi esta-

tisticamente significativa para explicar a variação no número ideal de filhos declarado pelos cônjuges, indicando que o contexto influi pouco na preferência reprodutiva de cada cônjuge. Quanto à preferência reprodutiva do marido, os autores observaram que tende a elevar o número médio final de filhos tidos em maior proporção que a preferência reprodutiva da esposa. Quando há divergência entre as preferências dos cônjuges, o número ideal declarado pelo marido tem efeito maior na parturição final do casal, se esse número é acima daquele declarado pela esposa. Dessa maneira, é possível pensar que, na situação em que o marido deseja ter mais filhos do que a esposa, sua preferência reprodutiva terá mais impacto no número de filhos que o casal terá do que nos casos em que ambos concordam ou em que a mulher deseja uma quantidade maior de filhos.

Metodologia

Em um primeiro momento, a fim de trazer um panorama das decisões por filhos entre casais e das relações de gênero, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS de 1996 e 2006 (sobre preferências reprodutivas, com o objetivo de demonstrar a importância das preferências dos maridos sobre o comportamento de fecundidade e também a satisfação com o número de filhos tidos pela mulher em nível do país.

Tentou-se descrever o perfil de mulheres segundo seu *status* de fecundidade, o qual foi calculado pela subtração entre o número de filhos nascidos vivos e sobreviventes e o número de filhos desejados. Se esse resultado for igual a zero, a mulher foi classificada como sem discrepância; se positivo, a mulher tinha excesso de filhos; e se negativo, a mulher foi classificada com discrepância de fecundidade, ou seja, tinha menos filhos do que desejava. Este perfil envolveu mulheres atualmente casadas/unidas e que estavam entre 35 e 49 anos, uma vez que estas teriam poucas possibilidades de aumentar sua fecundidade e se tornarem satisfeitas.

A fim de verificar qual a influência das relações de gênero sobre as preferências reprodutivas das mulheres, foi criado o indicador das relações de gênero na relação conjugal. Tentou-se reaplicar o indicador de *status* da mulher feito por Gualberto (2003), o qual ainda leva em conta as sugestões feitas por Goldani (1994), Mason (1986), Evans (1992) e Kishor e Neitzel (1996). No presente trabalho, foram feitas algumas modificações e adaptações no indicador, devido à disponibilidade da base de dados e, especialmente, à inserção de novas perguntas, as quais estão mais relacionadas com o interesse desta pesquisa. Assim, o indicador das relações de gênero está dividido em cinco partes: escolaridade; trabalho; chefia domiciliar; acesso à mídia; e relacionamento entre parceiros.

Na escolaridade, a variável de relações de gênero é se a mulher tem escolaridade igual ou superior à de seu parceiro; nos casos afirmativos, o indicador recebe um ponto. O ambiente profissional e de trabalho diz respeito se a mulher trabalha ou não, além das atividades domésticas, e ganha ponto aquela mulher que trabalha fora. Já variável chefia domiciliar feminina só será considerada um elemento que contribui

para as relações de gênero se a chefia feminina ocorre em um domicílio dos estratos A ou B, não sendo selecionados aqueles domicílios em que a chefia feminina está atrelada a um menor número de provedores e, conseqüentemente, à vulnerabilidade financeira. No acesso à mídia, segundo Faria e Potter (1999), existe, para o caso brasileiro, uma conexão entre exposição à TV e as preferências de famílias menores e demandas por planejamento familiar. Diante disso, receberá ponto a mulher que declarar que assiste à televisão ou tem acesso a outras mídias, tais como rádio, jornais ou revistas. Por fim, o relacionamento entre cônjuges será avaliado em quatro variáveis, pois se considera que é justamente dentro da relação conjugal que os diferenciais de gênero e posição da mulher diante das decisões podem ser mais bem visualizados. Ganhará ponto de relação de gênero a mulher cuja diferença de idade em relação ao seu atual parceiro seja igual ou menor que dez anos. A mulher que conversa sobre planejamento familiar com o seu parceiro também ganhará ponto, assim como aquela que afirma ser a única que decide sobre o destino do dinheiro que ela recebe. Por fim, receberá ponto a mulher que responder que pode rejeitar fazer sexo com o marido quando ela está cansada ou não quer. O indicador de relação de gênero da mulher utilizado aqui é a soma dessas oito situações de avaliação tanto das características individuais da entrevistada quanto da sua relação com seu cônjuge/parceiro. Para cada situação favorável à mulher, o indicador ganha um ponto e assim poderá assumir valores entre zero (indicando relação muito desigual) e oito (relação de maior igualdade de gênero).

Posteriormente, a fim de avançar no entendimento da dinâmica conjugal de decisão por filhos, foi utilizada a metodologia qualitativa. Trata-se de um estudo de caso, o qual, segundo Yin (1994), é adequado para compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, em que é possível identificar o “como” e o “porquê” da dinâmica de um fenômeno, buscando um aprofundamento nos temas de interesse.

Os dados foram coletados a partir de uma pesquisa de campo com casais residentes no município Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de julho a setembro de 2013.⁴ Essa etapa caracterizou-se pela realização de entrevistas em profundidade individuais. Foram indagados 31 casais, em que a mulher, utilizada como âncora, tinha entre 35 e 44 anos⁵ e possuía cursos superior completo ou mais. Entre

⁴ Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais. O município tinha 2,4 milhões de habitantes em 2010; seu IDH foi de 0,810, sendo que a média nacional foi 0,73. A TFT de 2012 era de aproximadamente 1,7 se calculada pelos registros contínuos de boa cobertura.

⁵ Estipulou-se essa idade devido ao fato de a probabilidade de ter mais filhos ser pequena, uma vez que a fertilidade é reduzida e por ser a faixa etária em que a medicina define como gestação de risco e maternidade tardia. Assim, o grupo acima de 35 anos teria mais motivos a serem revelados como possíveis causas de ainda não terem realizado a sua fecundidade, os quais interessam a essa pesquisa, bem como teria menor período e possibilidades de satisfazer sua fecundidade, caso esta ainda não esteja realizada. Não se trabalhou com mulher acima de 45 anos para evitar uma disparidade etária muito grande e por ser uma idade próxima ao final do período reprodutivo, podendo, de alguma forma, influenciar as respostas das mulheres quanto à sua satisfação de fecundidade. Além disso, as mulheres com mais de 45 anos fazem parte de coortes com vivências, experiências e pressões diferentes daquelas de mulheres de até 35 anos e, com isso, ainda não serem influenciadas pelos fenômenos da baixa fecundidade e possível adiamento da mesma.

esses casais, 12 não tinham filhos, 11 possuíam um filho e oito tinham dois filhos. Entre aqueles que já tinham filhos, metade das mulheres tornou-se mães antes dos 35 anos e, a outra metade, depois dos 35 anos.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que seguiu um roteiro semiestruturado. Esse instrumento permitiu um diálogo mais ativo e dinâmico por parte dos entrevistados e um aprofundamento dos temas de interesse da pesquisa. As entrevistas aconteceram no local de preferência dos entrevistados (domicílio ou local de trabalho) e duraram, em média, 45 minutos.

No recrutamento das entrevistadas foi levado considerado o critério de conveniência, utilizando-se a técnica conhecida como Bola de Neve, em que os participantes sugerem outros contatos para serem entrevistados. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e interpretadas a partir da análise de conteúdo. Os participantes foram identificados por meio de nomes fictícios, número de filhos e idade, possibilitando que os relatos utilizados reflitam opiniões de diferentes pessoas. As falas dos entrevistados serão apresentadas sempre em itálico, enquanto as interferências e questionamentos por parte do entrevistador estão sinalizados entre colchetes, e o que aparece esporadicamente entre parênteses, no final da identificação do entrevistado, corresponde a informações adicionais que ajudaram no entendimento do contexto daquele participante.

As pesquisas que subsidiam este trabalho seguem os princípios éticos que regem os estudos que envolvem seres humanos e foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Perfil dos entrevistados

Levando em consideração todos os requisitos para a seleção da população estudada, observou-se que os entrevistados tinham em média de 39,3 anos, sendo que as mulheres tinham 37,9 anos e os homens 40,7 anos, corroborando o fato de, geralmente, os homens se casarem com mulheres mais novas e as mulheres preferirem trocar alianças com homens mais velhos (IBGE, 2011a). No entanto, encontrou-se oito casais que fogem à essa regra, nos quais as mulheres eram mais velhas em média 4 anos (com máximo de 9 anos). Entre os casais em que os homens eram os mais velhos, a média de diferença de idade foi de 5,7 anos (com máximo de 15 anos). No que diz respeito à raça cor, a maioria dos entrevistados (42) se autodeclarou branco e 20 entrevistados se classificaram com pretos ou pardos. Quanto à escolaridade todas as mulheres tinham nível superior completo, sendo que, destas 6, tinham mestrado/doutorado, enquanto que entre os homens apenas 3 deles tinham esta mesma instrução, e 5 possuíam apenas o ensino médio incompleto/completo. Estes dados mostraram claramente a maior escolaridade feminina em relação aos homens, corroborando com os dados do Brasil como um todo (IBGE, 2011b).

Em relação ao trabalho, praticamente todos os entrevistados exerciam atividade remunerada, com exceção de quatro, entre eles três mulheres e um homem, que se

encontravam desempregados. A renda média mensal do trabalho foi de R\$6400,00, sendo que para as mulheres foi de R\$5824,00 e para os homens de R\$6982,00. A renda média dos entrevistados é bastante superior à renda média nacional (R\$1202,00) e a diferença da renda média entre homens e mulheres foi bastante similar à encontrada pela população brasileira com um todo (a renda das mulheres corresponde à 70% da renda dos homens no Brasil e entre entrevistados esta diferença foi de 76%) (IBGE, 2011b). A renda elevada encontrada entre os entrevistados é bastante compatível com a escolaridade e profissões do grupo entrevistado. Estas variaram entre servidores públicos (11 entrevistados), empresários/autônomos (9 entrevistados), profissionais liberais (18 entre advogados, médicos, dentistas, contadores, educador físico, entre outros), professores, gerentes etc.

A maioria dos entrevistados, tanto homens quanto mulheres, estavam vivenciando a primeira união, mas uma entrevistada e cinco homens que já estavam vivenciando a segunda união e apenas um estava no quarto casamento. A idade média à união atual foi de 31,2 anos, sendo que para as mulheres essa média foi de 29,9 anos e 32,6 anos para os homens, ou seja, bem acima da média brasileira (IBGE, 2011). O tempo de união foi bastante diversificado, em média, as uniões tinham uma duração de 8 anos, sendo que foram entrevistados dois casais recém-casados (próximo de 1 ano de união) e dois casados com mais de 20 anos. Com relação à idade média à maternidade esta foi de 32,4 anos e da paternidade de 33,0 anos. Dos entrevistados, 10 mulheres e 8 homens tiveram seus filhos antes dos 35 anos, em média aos 28,9 anos e 26,3 anos, respectivamente. E entre aqueles que foram pais depois dos 35 anos a média de idade foi de 36,1 anos para as mulheres e 38,3 anos para os homens. Estes dados mostram que o grupo analisado tem características bastante diferenciadas da população brasileira como um todo, da qual as mulheres apresentam uma idade média à maternidade de aproximadamente 26,5 anos (IBGE, 2011b). Estes perfis de nupcialidade e fecundidade dos entrevistados são reflexos da elevada escolaridade do grupo e conseqüentemente da renda, porque se sabe que no Brasil estas variáveis estão altamente correlacionadas com adiamento das uniões e pa(maternidade). Segundo IBGE (2011b) quando se compara o grupo das mulheres sem instrução e fundamental incompleto com o grupo das mulheres com graduação, estas últimas apresentam uma taxa de fecundidade 61,9% menor (fecundidade de 3,09 filhos e 1,14 filho, respectivamente). Paralelamente, com o aumento do nível educacional, o padrão etário da fecundidade passa a ser mais tardio, pois a idade média à maternidade das mulheres com até o ensino fundamental incompleto é de 25,4 anos, já entre aquelas com ensino superior completo é de 30,9 anos, ou seja uma diferença de, em média, 5,5 anos (IBGE, 2011b).

Resultados e discussões

Os dados quantitativos

Ao se considerar que os desejos dos cônjuges se influenciam mutuamente e para ilustrar a importância de estudar a interferência dos desejos dos maridos sobre o comporta-

mento de fecundidade, a Tabela 2 apresenta os dados sobre o *status* entre fecundidade desejada e realizada e sua relação com o desejo do cônjuge por filhos. Percebe-se que, de alguma forma, a opinião do companheiro é relevante para a implementação das preferências de fecundidade da mulher, especialmente para caracterizar a demanda por falta de filhos. Apesar de se supor que essas duas variáveis são muito correlacionadas, devido ao fato de a informação sobre o desejo do marido ser dada pelas mulheres, isso não foi confirmado, pois o Teste de Cramer mostrou uma correlação fraca (menor que 0,2 e significância de 99%), em ambos os anos analisados.

Analisando-se os diferenciais entre os percentuais, nota-se que foi entre as mulheres cujos maridos desejavam menos filhos que se encontrava a maior proporção daquelas que tinham menos filhos do que o desejado, ou seja, com discrepância de fecundidade (50% em 1996 e 77% em 2006). Também foi nesse grupo que se registrou o maior aumento no período. Observou-se, ainda, que a porcentagem de mulheres que tinham discrepância, nos casos em que elas disseram que ambos desejavam o mesmo número de filhos, foi expressiva (mais de 41%). Essas diferenças foram estatisticamente significativas. Isso sugere que os desejos dos parceiros interagem-se e que o desejo por filhos de um cônjuge pode sobressair ao outro. Nesse caso, os dados indicam que o desejo do homem, por diversos motivos, parece se destacar em relação ao da mulher.

Tabela 1
Distribuição percentual de mulheres casadas/unidas de 35 a 49 anos, por discrepância de fecundidade, segundo desejo do marido por filhos
Brasil - 1996-2006

Desejo do marido por filhos	Fecundidade desejada igual à atual	Fecundidade desejada menor que a atual	Total	N.	Significância - teste de média de média (estatística F)	Valor e significância - teste de correlação Cramer V
1996						
Deseja igual	68,26	31,74	100,00	1.268	0,0000	V=0,1923 P-valor=0,000
Deseja mais	61,89	38,11	100,00	296	0,5530	
Deseja menos	41,04	58,96	100,00	247	0,0000	
2006						
Deseja igual	51,27	48,73	100,00	1.061	0,0020	V=0,232 P-valor=0,000
Deseja mais	53,94	46,06	100,00	218	0,2201	
Deseja menos	10,41	89,59	100,00	141	0,0000	

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 1996 e 2006.

A fim de vislumbrar essas relações entre os desejos dos parceiros, a Tabela 3 traz uma junção das preferências das mulheres com os desejos dos maridos (declarados pelas mesmas), suscitando novas questões. Um dado curioso é que, entre as mulheres que declararam querer (mais) filhos e cujos maridos desejavam ter menos do que elas, 95% tinham menos filhos do que desejavam. Já entre as que não queriam ter (mais) filhos, o maior percentual com discrepância foi entre aquelas cujo marido desejava menos filhos (70% das mulheres). Esses resultados apontam para a importância da

opinião do parceiro sobre o comportamento de fecundidade das mulheres, indicando que, no caso em que os homens querem menos filhos do que as parceiras, estas teriam maior influência dos seus parceiros.

Tais dados, por outro lado, permitem questionar se, de fato, é a mulher que não quer ter (mais) filhos ou se é o marido quem não quer, pois a mesma saberia que o marido quer ter menos filhos do que ela e, de outro modo, esta declarou ter menos que desejava. Mais uma vez, percebe-se que pode haver uma ambiguidade na declaração de preferências reprodutivas pelas mulheres e, ainda, uma influência dos desejos do parceiro na declaração de sua preferência. Isso pode indicar, mesmo não controlado por duração do casamento, que os desejos dos parceiros influenciam, assim como outros fatores, os desejos por filhos de suas esposas, seja, ou não, de forma consciente, o que determina que as mesmas tenham mais ou menos filhos que, de fato, desejavam e tinham a intenção de ter.

Tabela 2

Percentual de mulheres casadas/unidas de 35 a 49 anos com discrepância de fecundidade, segundo suas preferências por filhos e o desejo do marido por filhos
Brasil - 1996-2006

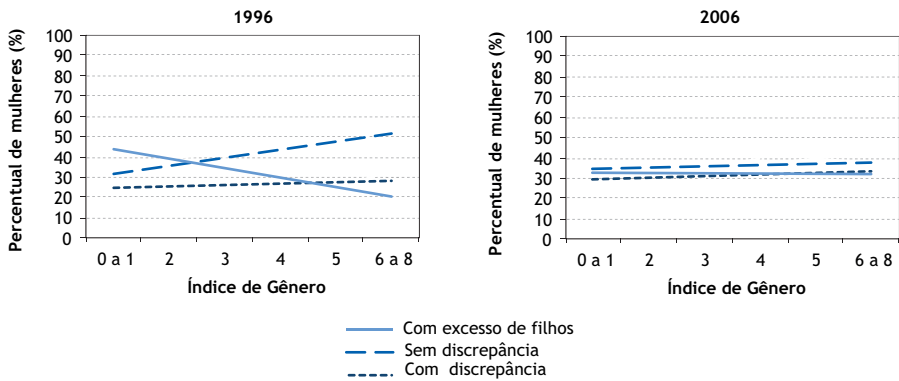
Preferência das mulheres por filhos e desejo dos maridos por filhos	1996	2006	Diferença	Números	
				1996	2006
Mulher quer (mais) filhos					
Marido quer o mesmo	91,49	90,64	-0,92	957	157
Marido quer mais	79,48	79,42	-0,07	205	26
Marido quer menos	91,88	95,20	3,61	188	39
Mulher não quer (mais) filhos					
Marido quer o mesmo	20,13	25,93	28,76	1381	941
Marido quer mais	19,84	29,52	48,77	548	228
Marido quer menos	42,39	69,23	63,32	195	105
Mulher não pode ficar grávida					
Marido quer o mesmo	52,47	63,77	21,54	147	136
Marido quer mais	45,12	17,76	-60,63	41	26
Marido quer menos	67,46	83,24	23,39	27	28

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 1996 e 2006.

Nesse sentido, a análise descritiva instiga questões, tais como: esses percentuais de discrepância tão elevados nos casos em que o marido deseja menos filhos do que a mulher seriam indicação de alguma forma de desigualdade de poder de barganha entre os parceiros e estariam, portanto, as mulheres menos empoderadas? Ou simplesmente estes percentuais estariam mostrando uma vontade da esposa em fazer o desejo do marido, o que não necessariamente significa menor poder de barganha ou equidade na tomada de decisão por filhos pelo casal? Ou, trata-se de produto da harmonização do projeto da vida em comum no que se refere à implementação das pre-

ferências reprodutivas do casal? E, ao se pensar sobre esse poder de barganha entre os cônjuges, é importante considerar as relações de gênero existentes na parceria. Para tanto, traçou-se o perfil das mulheres segundo o índice de gênero e seu status de fecundidade (Gráfico 1). Observa-se que, em 1996, era bastante claro que, com o aumento da igualdade de gênero na parceria, menor era o percentual de mulheres com discrepância de fecundidade. Contudo, em 2006, essas tendências desaparecem e sugerem que o índice, da forma como foi construído, não se associa com o fato de ter menos filhos que o desejado.

Gráfico 1
Tendência linear do percentual de mulheres casadas/unidas de 35 a 49 anos, por status de fecundidade, segundo índice de gênero
Brasil - 1996-2006



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 1996 e 2006.

Os dados qualitativos

A fim de superar as limitações dos dados quantitativos, foram analisados os relatos de casais a partir de entrevistas em profundidade e percebeu-se que os desejos de cada parceiro sofrem interferência mútua, o que gera impacto direto sobre o comportamento de fecundidade do casal. Assim, como assinalado por Miller et al. (2004) e Miller (2011a), o desejo de um parceiro influencia e é influenciado pelo desejo do outro, fazendo com que, muitas vezes, confundam-se em uma mesma intenção. Nas falas, apresentadas a seguir, têm-se exemplos dessas interferências em que parece que o desejo por filhos nasce de forma conjunta, e que ambos os parceiros começam a pensar sobre ter filhos em um mesmo momento. Outros já mostram que o desejo por filhos vai nascendo aos poucos, com o tempo de relacionamento.

Foi quando nós começamos a conversar que estava na hora, a gente estava sentindo a casa muito vazia. (Bernardo, dois filhos, 43 anos)

Foi nascendo a vontade. Assim, chegou uma fase que foi nascendo, não foi de início não. Chegou uma fase que eu quis e aí foi quando eu parei de evitar. (Alice, um filho, 39 anos)

Para alguns entrevistados, o tempo de relacionamento parece ser importante para os casais pensarem em filhos, especialmente aqueles sem filhos. Tomás, demonstra que precisa acomodar a relação antes de decidir ter filhos. Já entre aqueles com dois filhos, se tornar pai/mãe para uns parece ser algo inerente ao casamento e não questionável, como é o caso do Henrique, em que houve pouco diálogo sobre as preferências reprodutivas. Já no caso da Izabel, essa decisão sempre foi muito discutida na relação.

Eu acho que no fundo ela quer ter filho, eu quero também, mas nós estamos esperando amadurecer a relação para poder a gente partir para essa ideia de ter filho. (Tomás, sem filhos, 37 anos)

Na verdade a gente não conversava muito sobre isso. A gente sabia que a primeira seria natural, coisa natural. (Henrique, dois filhos, 46 anos)

A gente sempre teve um relacionamento muito tranquilo, sempre discutimos muito o que a gente espera da nossa família, do nosso futuro. (Izabel, dois filhos, 36 anos)

Na hora da decisão por filho, é muito comum a presença de desejos e tempos diferentes para a (pa)maternidade, pois intenções reprodutivas individuais precisam ser acomodadas para a viabilidade de sua implementação (MILLER et al., 2004). A fala de Ronaldo mostra que ele foi sendo envolvido nos planos reprodutivos da esposa e que isso, de alguma forma, despertou seus desejos pela paternidade. No segundo caso, pelo contrário, o desejo do marido e a insistência desse em ter filho fizeram com que Carmem, que no início não desejava ter um filho, se tornasse mãe. Ou seja, nestes relatos tem-se reforçada a ideia de que os desejos dos parceiros se influenciam mutuamente e acarretam outro comportamento.

[Pensando um pouco depois que você conheceu a sua esposa, como que foi vindo a vontade de ser pai e se tornar pai?] *Eu acho que a partir do momento que tive minha independência financeira, saí da casa dos meus pais, aquela vontade já não encaixava tanto à minha vida, porque era mais difícil de idealizar. Mas foi claramente uma... Eu acho que a mulher, ela pensa mais no futuro, o homem pensa mais no agora mesmo. Então eu acho que essa ideia de casamento, de ter família e tal foi muito mais construção da Bruna do que minha - eu fui meio que entrando no que ela propôs. (Ronaldo, 1 filho, 35 anos)*

[Então você passou a não evitar filhos?] *Eu não queria ser [mãe]. O Luan sempre falava isso comigo “mas eu quero ter um filho, quero ter uma família”. O dia que ele falou isso para mim “eu quero ter uma família” aí que tocou. A gente foi trabalhando e tal, mas foi uma situação que ele teve que batalhar muito. [Se fosse só por você, você acha que seria mãe?] *Se fosse só por mim eu acho que meu filho não teria vindo. Mas eu acho assim, as coisas sempre acontecem mais pela mão de Deus do que pela vontade da gente. O [filho] veio numa hora que eu estava preparada para receber ele, então eu acho que de repente... (Carmem, 1 filho, 41 anos)**

Assim como exposto no referencial teórico, é importante analisar o efeito das divergências no tamanho de família desejado entre os cônjuges para as mudanças no curso do processo de tomada de decisão por filhos. Tal qual indicado por Thomson et al. (1990), em que a vontade do marido para adiar os nascimentos tem um efeito significativo sobre as taxas de natalidade, parece que, entre alguns entrevistados, sobretudo entre aqueles sem filhos, esse efeito também é válido para os desejos das mulheres. Para resolver esses conflitos e divergências, parece que uma das opções é o casal optar por adiar os nascimentos. No relato da Paula, tem-se um exemplo desse efeito do adiamento do filho, em função do seu não desejo por ter filhos naquele momento, o que o parceiro aceitou.

Quando nos casamos ele falou comigo: “Paula, você para de tomar remédio”, e eu falei: “Não, ainda não. Eu não estou preparada” e ele foi e entendeu. (Paula, sem filhos 35 anos)

No exemplo a seguir, Marina revelou que, apesar de desejar filhos, ainda estão adiando devido à falta de desejo por filhos do parceiro. Ela diz que já sabia disso quando se casou (que o marido não queria ter filhos), contudo, não acreditava que isso poderia atrapalhar a relação. Só com o passar do tempo, diante da irredutibilidade quanto à ação de ter filhos por parte do esposo e da permanência do desejo dela por filhos, esse assunto começou a gerar conflitos. E, até o momento, este tema não está decidido entre ambos. Clara revela que tinha um desejo muito forte por se tornar mãe no início do casamento, mas o marido nunca desejou ter filhos e, com passar o tempo, parece que o desejo dela foi diminuindo em função de o marido não ceder. Clara relata que não estaria disposta a abrir mão do relacionamento para realizar o seu sonho. Já no caso da Dália, percebe-se que a mulher também acabou sendo influenciada pelo esposo, mas nesse caso de forma contrária. A esposa não desejava ter filhos, mas passou por um processo de fertilização (sem sucesso) para tentar ter filhos, uma vez que o desejo do marido por filhos era muito grande e acabou influenciando-a.

A minha história com o Pedro foi a seguinte: eu sempre soube que ele não queria ter filho; sempre ele deixou muito claro para mim e tal. Só que a gente foi namorando, fomos se envolvendo. A gente se dá muito bem, ele é um cara muito bacana. Quando a gente tinha seis meses de namoro, a gente chegou a terminar, ficamos uns três meses terminados e voltamos. Quando a gente voltou, eu acho que tive medo de falar “Olha, ou é o filho ou nada”. Nós resolvemos voltar e eu sempre soube disso. Na minha cabeça, e ele sabe disso também, que eu sempre quis e tal, e isso sempre era um fantasma para a gente, sempre foi. (Marina, sem filhos, 37 anos)

Nessa época não era muito definido para mim não, então eu não estava querendo abrir mão no primeiro momento [de ter filho]. Só que aí eu fui pensando um pouco mais, porque eu também... Assim, você vai conversar com o Vitor e você vai ver, a opinião dele é “eu não quero ter filho porque não quero ter”, ele não tem, pelo menos não consegue expressar outro motivo mais grave. É só “não tenho vontade de ser pai”. Eu tinha vontade de ser mãe muito maior,

bem grande, então a coisa “nossa, nunca vou ser mãe” pesou um pouco. “Não vou cuidar do meu neném. Não vou ficar grávida”. [Você pensava em abrir mão do seu relacionamento para ser mãe ou não? Chegou a pensar sobre isso?] Eu cheguei a pensar isso, mas eu amo demais o Vitor, mas é muito, então eu acho que isso estava mais importante do que ter o filho. (Clara, sem filho, 35 anos)

[Ter filhos era um desejo dele?] É, isso estava muito claro, apesar de nunca ter falado assim comigo: “Não, nós vamos ter um filho”, ele deixava muito claro, ele não falava assim, mas deixava muito claro que sem filho ele não ia ficar, que não era um projeto na vida dele não ter filho de jeito nenhum, ao contrário do meu, que eu teria encarado isso de uma maneira bem mais tranquila. [Mas você conseguiria abrir mão do seu não desejo, da sua situação em prol de realizar o desejo dele?] Eu abri mão de casar e não foi, assim, abrir mão assim não era um projeto, uma coisa que eu sonhei, e foi bom [o casamento]. Por que [a maternidade] não seria? Então foi mais por aí. (Dália, sem filhos, 36 anos)

Nos casos apresentados, parece que, ao contrário do que tem sido apontado pelos estudos de Bauer e Kneip (2012) e Hener (2010), o poder de barganha sobre qual dos dois cônjuges terão os seus desejos atendidos não está totalmente associado a uma questão financeira, mas parece se relacionar mais a questões emocionais e de preferências dos entrevistados em continuar nos seus relacionamentos conjugais e/ou fazer a vontade do parceiro. Por outro lado, tais relatos também sinalizam que essas mulheres, de alguma maneira, parecem ter menor poder de negociação, haja vista que, nos casos analisados, mostraram-se mais dispostas a ceder aos desejos de seus parceiros, seja por abrir mão do desejo de se tornarem mães ou, contrariamente, sujeitando-se ao processo de gravidez a fim de realizar os desejos de seus parceiros. Entretanto, esse assunto parece não ser algo fechado para estas mulheres, haja vista que os maridos tenderiam a ceder caso pressionassem, indicando que isso iria acontecer se o desejo delas por filhos se tornasse muito forte. Nesse sentido, para a Marina, que deseja ter filhos, a solução seria por meio da adoção, por essa ser mais aceitável para o esposo, mas não para ela, embora se sentiria realizada.

Mas isso não foi tão claro [desejo por ser mãe], a gente conversou tanto, que para ele também ficou assim, se eu quisesse muito, ele abriria mão e teria. (Clara, sem filho, 35 anos)

Independente de como seja [filho natural ou adotado]. Se é o que ele dá conta e eu quero que ele seja o pai do meu filho, não quero abrir mão dele. Então eu estou muito feliz com isso. Não vejo a hora que realmente a gente... [possa adotar]. (Marina, sem filhos, 39 anos)

[Vocês estão decididos quanto a ter filhos?] Não. Da minha parte, quer dizer, a gente toca no assunto assim: “um dia a gente pode adotar”, e eu falo: “por mim tudo bem”. (Dália, sem filhos, 36 anos)

Em todos os trechos analisados, tem-se reforçada a visão apresentada por Iacovou e Tavares (2011), que argumentam que as decisões de fecundidade devem ser pensadas

como um processo dinâmico, em que as intenções são revistas no desenrolar dos processos vitais. As autoras destacam, ainda, a importância do estado conjugal, sobremaneira o início de novos relacionamentos, que parecem aumentar as intenções por filhos. Entre os entrevistados que vivenciam segundas ou mais uniões, isso se mostrou transparente, em que os homens parecem ser mais influenciados pelos desejos por filhos das novas esposas, os quais tendem a se realizar.

Ele já manifestou essa vontade. Depois, a gente conversando e tudo, ele também acha que... Engraçado, não é uma coisa essencial para ele, ele não fica assim “quero ter e tem que ser agora”. (Joice, 1 filho, 38 anos, está no segundo relacionamento, tem uma filha do relacionamento anterior e nenhum filho do relacionamento atual)

Eu não queria ter outro filho no começo não. “Não quero ter, não quero ter”... Depois de dois anos de casamento ela começou a me pedir para a gente ter filho. Aos poucos eu fui concordando, concordando, concordando e uma hora eu falei: “Então tá. Então vamos”. Em dois meses parou com o medicamento e ela engravidou e foi tranquilo. Eu já estava feliz já. (Isaac, 2 filhos, 37 anos, está no segundo relacionamento, tem um filho do relacionamento anterior e um do relacionamento atual)

Ela queria muito, eu fui relaxando, começando a pensar “quem sabe vai ser bacana”. Fui pensado isso com o tempo. (Lucas, 3 filhos, 54 anos, está no quarto relacionamento, tem duas filhas dos relacionamentos anteriores e uma do relacionamento atual)

Esses achados corroboram o estudo sobre homens recasados, de Marcondes (2008), que mostra que grande parte dos recasamentos masculinos envolve a união de um homem separado com uma mulher sem experiência anterior de vida conjugal, mais jovem do que ele e sem filhos. Além disso, a autora sugere indícios de uma possível associação entre o desejo de ampliar a prole em novas uniões e o *status* parental do homem recasado, uma vez que aqueles que não possuem filhos ou que têm somente um teriam mais chances de vir a querer ter filhos com uma nova companheira.

Conclusões

Ao se considerar que o comportamento reprodutivo envolve, na maioria dos casos, decisões de casal, cujos desejos individuais necessitam ser acomodados em uma única ação, foi necessário analisar os desejos de ambos os cônjuges por filhos. E, no contexto de baixa fecundidade, em que o envolvimento dos homens com a vida reprodutiva do casal tem sido cada vez maior, o objetivo deste trabalho foi entender como os desejos e intenções sobre fecundidade, de cada um dos parceiros, separadamente, interagem e se combinam, impulsionando uma ação conjunta, que é (não) ter filhos.

Verificou-se, com os dados da PNDS, que a tomada de decisão por filhos parece estar sendo mais compartilhada com os parceiros, dado que o desejo dos homens por filhos

revelou-se bastante relacionado ao comportamento de fecundidade da mulher, de forma que a maior parte daquelas que possuíam esposos que desejavam menos filhos do que elas acabava tendo uma discrepância de fecundidade. Isso também sinaliza que nem sempre ambos os cônjuges estão satisfeitos com os resultados do comportamento de fecundidade do casal e, entre os diversos processos de negociação, algum dos cônjuges pode fazer com que seu desejo torne-se realidade em detrimento dos desejos do outro. Parece, nesse caso, que, no final, as mulheres têm uma desvantagem, no sentido de experimentarem uma discrepância maior entre desejo e realidade.

Entre os casais entrevistados, visualizou-se que esses desejos se influenciam mutuamente e que tanto mulheres quanto homens parecem sentir tal influência. As mulheres parecem ser aquelas que mais sofrem essa interferência ou as que mais cedem à pressão dos seus companheiros, o que pode ser no sentido tanto de não ter filhos, entre aquelas que desejavam ser mães, quanto de ter filhos, entre aquelas que não desejavam a maternidade. Isso parece ocorrer seja por imposição não revelada pelo cônjuge, seja por opção da mulher, a qual vislumbra melhor qualidade do relacionamento, em que algumas preteriram seus desejos em função da realização do desejo dos seus parceiros. Mas parece que as mulheres que vivenciavam situação de desigual poder de barganha e estavam tendo os seus desejos contidos não queriam revelar as reais condições de gênero vivenciadas com seus parceiros. Estas mulheres podem, devido à posição social que ocupavam (serem escolarizadas e independentes financeiramente), se sentir constrangidas de demonstrarem vivenciar relações mais desiguais. Além disso, elas poderiam ainda não estar dispostas a se exporem, notadamente, devido ao fato de a sociedade esperar delas um comportamento mais empoderado.

Esse é um tema delicado, haja vista que os desejos e comportamentos dos indivíduos podem mudar ao longo tempo e, portanto, todo o discurso analisado seria indefinitivo. Assim, não se sabe se, entre aquelas que ainda não realizaram seus desejos por filhos em função do não desejo do marido, essa situação permanecerá. Por outro lado, averiguou-se que aquelas que tiveram filhos em função do desejo do parceiro parecem muito satisfeitas após realizarem esta opção. Então, seria fácil alegar que essas situações são reflexos de desigualdades de gênero e menor poder de barganha das mulheres em relação aos seus parceiros, talvez até mesmo imperceptíveis para elas. Entretanto, a dinâmica em que essas opções ocorrem é mais complexa e, em muitos momentos, isso não é explícito. Assim, este estudo não é conclusivo sobre se essas opções relacionam-se às tensões de gênero ou ao livre arbítrio de cada indivíduo.

De qualquer forma, isso só reforça a importância das relações de gênero para o contexto de decisão por filhos entre os casais, em que, apesar de o índice de igualdade de gênero só ter se mostrado significativo para 1996, não se pode pensar que estas relações não sejam mais relevantes. O que parece estar acontecendo é que, em função do empoderamento das mulheres no período analisado em diversas áreas, tais como educação, mercado de trabalho, seguridade, etc., pode-se criar uma certa invisibilidade das desigualdades de gênero ainda existentes, as quais passam a ser cada vez mais difíceis de serem captadas. Isso não quer dizer que as relações de gênero

tenham deixado de ser significativas no cotidiano dos casais, pelo contrário, podem ter um papel ainda mais relevante, especialmente nas decisões dentro das famílias e da vida reprodutiva. Provavelmente, as relações de gênero estejam associadas, cada vez mais, a questões menos palpáveis e perceptíveis aos dados e indicadores quantitativos, pois, com os dados qualitativos, ficam evidentes o processo de negociação e a importância do poder de barganha de cada parceiro para a definição do comportamento de fecundidade do casal.

Apesar dessas reflexões referirem-se a um grupo social mais favorecido, ao menos para o caso do Brasil, o conhecimento da influência do parceiro nos planos e no comportamento reprodutivo de forma geral torna-se ainda mais pertinente, uma vez que o país passou por mudanças importantes na legislação relativa aos deveres do pai biológico.⁶ Essas conquistas legais, nas quais o homem é chamado a exercer uma paternidade responsável, pelo menos legal e economicamente, estariam longe de serem consideradas insignificantes no país, sugerindo que esse exercício pode ter afetado o desejo e as intenções dos homens por filhos, bem como os argumentos utilizados por eles no momento da decisão por filhos pelo casal. Para uma agenda futura de pesquisa, torna-se importante analisar os grupos de casais menos escolarizados, entre os quais inexistente uma aferição dessa influência que, hipoteticamente, pode ter atingido em maior medida, justamente, as classes socioeconômicas menos favorecidas e, com isso, acentuado ainda mais a generalização da queda da fecundidade na sociedade brasileira.

Por fim, sugere-se, nesse sentido, que mais pesquisas sejam realizadas com casais de todas as classes sociais, em que tanto os homens quanto as mulheres sejam ouvidos, a fim de expandir o entendimento, nesse novo contexto de relações de gênero, da importância e influência dos desejos dos maridos sobre o comportamento reprodutivo da mulher e, em última instância, do casal.

Referências

BANKOLE, A.; SINGH, S. Couples fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice. *International Family Planning Perspectives*, v. 24, n. 1, p. 15-24, 1998.

BARROS, J. V.; WONG, L. R. E. Implementação das preferências reprodutivas no contexto de queda da fecundidade, segundo o tipo de união: um estudo para Brasil e México. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 5, 2012, Uruguay. *Anais...* Rio de Janeiro: Alap, 2012.

⁶ Além da Lei n. 10.406/2002, contida no Código Civil, que determina o dever de sustento, em que existe a obrigatoriedade da pensão alimentícia, foi aprovada recentemente a inversão do ônus da prova gerada pela Lei n. 11.804/08, em que antes era a mulher que solicitava à Justiça a comprovação de paternidade: agora é o homem que tem de provar que não é o pai. Essa lei também permite que as mães recebam o benefício do suposto pai já a partir da gravidez e o seu não cumprimento pode ter como consequência a prisão do responsável. Contudo, recentemente, algumas discussões foram levantadas no âmbito judicial, a fim de minimizar essa pena (BRASIL, 2002, 2008).

- BAUER, G.; KNEIP, T. Fertility from a couple perspective: a test of competing decision rules on proceptive behaviour. **European Sociological Review Advance**, v. 12, Jan. 2012.
- BECKMAN, L. J. et al. A theoretical analysis of antecedents of young couples fertility decision and outcomes. **Demography**, v. 20, p. 519-533, 1983.
- BONIFÁCIO, G. M.; NEPOMUCENO, M.R. O estudo da preferência reprodutiva entre homens e mulheres: diferenciais entre o número desejado de filhos e a parturição no contexto brasileiro. CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 5, 2012, Uruguay. **Anais...** Rio de Janeiro: Alap, 2012.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 05/10/2012.
- BRASIL. Lei nº11.804/08, de 05 de novembro de 2008. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11804.htm>. Acesso em:06/10/2012.
- CARVALHO, A. A. de. **Insatisfação ou discrepância?** Uma análise das preferências de fecundidade e do comportamento reprodutivo de casais de alta escolaridade em Belo Horizonte/MG. Belo Horizonte, MG. 2014. 315 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Departamento de Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- EVANS, A. Statistics. In: OSTERGAARD, L. (Ed.). **Gender and development**. London: Routledge, 1992.
- FAN, E.; MAITRA, P. Women rule: Preferences and fertility in Australian households, Department of Economics. **Monash University Working Papers**, v. 57, n.10, 2011.
- FRIED, E. S.; UDRY, J. R. Wives' and Husbands' expected costs and benefits of childbearing as predictors of pregnancy. **Social Biology**, v. 26, p. 265-274, 1979.
- FARIA, V. E.; POTTER, J. E. Television, telenovelas, and fertility change in North-East Brazil. In: LEETE (Ed.). **Dynamics of values in fertility change**. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 252-272.
- GOLDANI, A. M. Família, relações de gênero e fecundidade no Nordeste do Brasil. In: BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil**. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: Bemfam e DHS; Macro International Inc., 1994. p. 57-80.
- _____. Gender relations and fertility in Northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Population Studies**, v. 2, p. 69-96, 2001.

- GUALBERTO, L. N. **Comportamento contraceptivo, raça/cor e status da mulher no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- HAKKERT, R. Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, con particular referencia a algunos aspectos de género. In: CELADE/CEPAL (Org.). **La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?** Santiago de Chile: Celade/Cepal, 2003. p. 267-288.
- HENER, T. Do couples bargain over fertility? Evidence based on child preference data. **Ifo Working Paper**, n. 92, 2010.
- IACOVOU, M.; TAVARES, L. P. Yearning, learning, and conceding: reasons men and women change their childbearing intentions. **Population and Development Review**, v. 37, n. 1, p. 89-123, 2011.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Resultados da amostra: nupcialidade, fecundidade e migração. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Nupcialidade_Fecundidade_Migracao/censo_nup_fec_mig.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.
- IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o período 2000/2030**. 2011a. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm. Acesso em 10/09/2013.
- IBGE. **Estatísticas do Registro Civil de 2011**. 2011b. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2011/rc2011.pdf. Acesso em 10/10/2013
- JANSEN, M.; LIEFBROER, A. C. Couple's attitudes, childbirth, and the division of labor. **Journal of Family Issues**, v. 27, n. 11, p. 1487-1511, 2006.
- KISHOR, S; NEITZEL, K. The status of women: indicators for twenty-five countries. **DHS Comparative Studies**, n. 21, Calverton, Mariland, 1996.
- MARCONDES, G. dos S. **Refazendo famílias: as trajetórias familiares dos homens recasados**. Campinas, SP. 2008. 285 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Departamento de Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- MASON, K. O. The status of women: conceptual and methodological issues in demographic studies. **Sociological Fórum**, v. 1, n. 2, p. 284-300, 1986.
- MASON, K. O.; TAJ, A. M. Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries. **Population and Development Review**, v. 13, n. 4, p. 611-638, 1987.
- MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MCDONALD, P. Gender equity, social institutions and the future of fertility. **Journal of Population Research**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2000a.

- _____. Gender equity in theories of fertility transition. **Population and Development Review**, v. 26, n. 3, p. 427-439, 2000b.
- MILLER, W. B.; SEVERY, A.; PASTA; D. J. A framework for modeling fertility motivation in the dyad. **Population Studies**, v. 58, n. 2, p. 193-205, 2004.
- MILLER, W. B. Comparing the TPB and the T-D-I-B framework. **Vienna Yearbook of Population Research**, v. 9, p. 19-29, 2011.
- MORGAN, S. P. Individual and couple intentions for more children. **Demography**, v. 22, p. 125-132, 1985.
- OLIVEIRA, M. C. O lugar dos homens na reprodução. In: GUTIÉRREZ, M. A. **Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Clacso, 2007.
- PRESSER, H. B. A gender perspective for understanding low fertility in post-transitional societies. **Population and Development Review**, v. 27, p. 177-183, 2001.
- PUUR, A.; OLÁH, L. S. Z.; TAZI-PREVE, M. I.; DORBRITZ, J. Men's childbearing desires and views of the male role in Europe at the dawn of the 21st century. **Demographic Research**, v. 19, n. 56, p. 1883-1912, 2008.
- RYDER, N. B. A critique of the national fertility study. **Demography**, v. 10, n. 4, p. 495-506, 1973.
- THOMSON, E. Two into one: modeling couple behaviour. In: DIEGO, A. C. (Ed.). **Family variables**. Newbury Park, CA: Sage, 1990. p. 129-142.
- _____. Couple childbearing desires, intentions, and births, **Demography**, v. 34, p. 343-354, 1997.
- THOMSON, E.; MCDONALD, E; BUMPASS, L. L. Fertility desires and fertility: hers, his, and theirs. **Demography**, v. 27, p. 579-588, 1990.
- THOMSON, E.; HOEM, J. Couple childbearing plans and births in Sweden. **Demography**, v. 35, p. 315-322, 1998.
- YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. Sage Publications, 1994.

Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina

*Georgina Binstock¹
Mónica Gogna²*

Resumen

Este trabajo examina las circunstancias familiares, de pareja, educativas y laborales en las que ocurren el primer y el segundo embarazo durante la adolescencia en Argentina. Los resultados indican que la mayoría de los embarazos no fueron buscados, y que el uso de métodos anticonceptivos fue bajo y poco sistemático. El empleo de estos métodos fue mayor luego del primer embarazo, y la píldora desplazó al preservativo en este caso. Una proporción importante de adolescentes ya estaba fuera del sistema educativo al momento de embarazarse, y entre quienes asistían, este tuvo un efecto negativo en la trayectoria escolar. Comparado con el primer embarazo, que ocurre principalmente en el marco de un noviazgo, los segundos se dan en parejas convivientes, en situaciones de mayor estabilidad laboral, y gozan de mayor aprobación familiar.

Palabras clave: embarazo adolescente, embarazo repetido, educación y maternidad, uso de métodos anticonceptivos, Argentina.

¹ Centro de Estudios de Población, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CENEP-CONICET) (gbinstock@cenep.org.ar).

² Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIEGE-CONICET) (mgogna.conicet.iiege@gmail.com).

Introducción³

El embarazo en la adolescencia es el resultado de una cadena de eventos y circunstancias en la que pueden identificarse puntos y decisiones cruciales. El primero de ellos se refiere al momento y las circunstancias en las que una adolescente inicia su vida sexual. El segundo es si, de no estar buscando un embarazo, la joven usa un método anticonceptivo eficaz de manera correcta. Si ocurre un embarazo, la joven enfrenta la decisión de llevar a término esa gestación o de interrumpirla. Si el nacimiento ocurre, seguirá enfrentándose a la decisión de usar anticonceptivos de manera sistemática y eficaz para evitar un nuevo embarazo no deseado (Pantelides y Cerrutti, 1992; Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005). Claramente, estas opciones y decisiones no son el producto de una deliberación concienzuda basada en información adecuada. Se trata de experiencias y conductas influenciadas por un conjunto de factores individuales, familiares, sociales y culturales (Pantelides y Cerrutti, 1992). Existe abundante evidencia de que el “dominio de la contracepción”, por ejemplo, se inscribe en un proceso de aprendizaje y de toma de decisiones en el cual el conocimiento de los métodos no es decisivo (Reis-Brandão y Heilborn, 2006; Guzmán, Contreras y Falconier de Moyano, 2001; Kornblit, Mendes y Adaszko, 2006).

Este trabajo presenta resultados de una investigación más amplia que se propone estudiar los factores asociados a la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia y a su repetición. En este caso se examinan las circunstancias familiares, de pareja, educativas y laborales en torno al primer y al segundo embarazo durante la adolescencia. El propósito es ofrecer información útil para quienes, tanto desde el área de la salud como de la educación, están abocados a la prevención del embarazo no deseado y su repetición en esta etapa del ciclo vital.

Es importante destacar que la mayoría de los trabajos sobre esta problemática, incluyendo los propios, se restringen al estudio de nacimientos durante la adolescencia o de embarazos en curso o que han llegado a término. Esto deja afuera un importante (y aún difícil de estimar) número de embarazos que se interrumpen voluntariamente. Dado que en Argentina el aborto es una práctica ilegal y conlleva una condena moral en determinados sectores sociales, resulta difícil su estudio y el conocimiento de su incidencia real. En este sentido, datos oficiales indican que en 2009 se registraron cerca de 9.000 egresos hospitalarios por abortos de adolescentes en todo el país. Esta cifra representa un promedio diario de 25 adolescentes que egresaron de un hospital público luego de haber estado internadas por una situación de aborto (Argentina,

³ Este trabajo se ha realizado gracias a un subsidio de investigación otorgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina en Argentina del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Las autoras agradecen la asistencia de Claudia Stilman a lo largo del proyecto. Todo error u omisión es responsabilidad de las autoras.

Ministerio de Salud, 2012)⁴. Si bien en este trabajo se incorporaron algunas preguntas específicas al respecto, somos conscientes de que los resultados probablemente subestimen su ocurrencia.

Hechas estas salvedades, a continuación se presentan algunos datos que nos permitirán contextualizar la fecundidad y maternidad adolescentes en nuestro país sobre la base de datos secundarios. Seguidamente se describen las características de la encuesta y los datos recolectados en nuestro estudio, se presentan los resultados y, por último, las conclusiones.

La fecundidad adolescente en Argentina

En Argentina la tasa de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años) descendió de manera lenta pero continua desde 1980, año en que alcanzó su nivel más alto registrado, de 80 nacimientos por mil mujeres de este rango etario, hasta 2003, cuando fue de 56,7 por mil. A partir de esa fecha comenzó a ascender, alcanzando en 2010 un valor de 67,4 por mil, lo que representa un aumento del 17% (Argentina, Ministerio de Salud, 2012, figura 17).

Si bien las brechas entre jurisdicciones se han reducido, aún persisten importantes diferencias que van desde el 33,8 por mil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta el 93,7 por mil en Misiones, el 89,8 por mil en Chaco y el 81,1 por mil en Santiago del Estero.

En el contexto internacional, Argentina se ubica actualmente por encima del promedio mundial, estimado en 51 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, pero por debajo de la media de América Latina y el Caribe, de 75 por mil. Entre los países de la región, la fecundidad adolescente de Argentina supera la de Uruguay (60 por mil), Chile (51 por mil) y Brasil (56 por mil), y está por debajo de la de Bolivia (89 por mil) y Colombia (96 por mil) (UNICEF, 2011).

A diferencia de lo ocurrido con la tasa de fecundidad adolescente, se registró un descenso de nacimientos de segundo o mayor orden entre las adolescentes, particularmente durante el primer quinquenio de la década de 2000. La proporción de hijos de segundo o mayor orden en los nacimientos de mujeres de entre 18 y 19 años descendió del 31% al 26% entre 2001 y 2006, y se mantuvo estable en ese valor hasta 2011. Como era esperable, en la mayoría de las jurisdicciones se observó un descenso de los nacimientos de madres adolescentes de segundo o mayor orden, aunque a ritmos diferentes en cada provincia. Catamarca, Formosa y La Rioja registraron los descensos más marcados: entre el 30% y el 35%.

⁴ La información sobre egresos hospitalarios por aborto también presenta varias limitaciones, ya que únicamente considera datos del subsector público, es decir, no incluye las atenciones en el sistema privado ni las consultas por guardia. Considerando la creciente utilización del aborto con medicamentos y la resolución de las consultas de aborto incompleto por guardia, sin internación, esta limitación de los datos implicaría un subregistro de la cantidad de mujeres que consultan el sistema de salud luego de un aborto.

Pese a registrar un descenso importante, Chaco y Misiones son, junto con Santiago del Estero y Entre Ríos, las provincias que actualmente tienen la proporción más alta de nacimientos de segundo o mayor orden entre las adolescentes. En estas provincias, alrededor de uno de cada tres nacimientos de madres de entre 18 y 19 años es de segundo o mayor orden.

La provincia de Buenos Aires, por su parte, si bien tiene una proporción cercana al promedio (24%), se destaca principalmente por ser la jurisdicción con mayor volumen de nacimientos de madres adolescentes, tanto de primer como de segundo o mayor orden. La Ciudad de Buenos Aires, en cambio, aunque ha sido siempre la jurisdicción con la proporción más baja de nacimientos de segundo o mayor orden entre las madres adolescentes, es la única que registró un aumento durante la última década, pues pasó del 16% al 19% del total de nacimientos de adolescentes de entre 18 y 19 años.

Como en otros países de la región, en Argentina el embarazo durante la adolescencia ocurre con mayor frecuencia entre jóvenes de sectores vulnerables (Pantelides, 2004). Según datos del censo de 2001⁵, la proporción de madres entre las adolescentes con menor nivel educativo (primario completo o menos) al menos triplicaba a la de aquellas con secundaria incompleta y más, pese a que estas últimas tenían en promedio mayor edad y por lo tanto mayor tiempo de exposición al riesgo de ser madres (Binstock y Pantelides, 2005).

En el mismo sentido, datos provenientes de las estadísticas vitales muestran que en 2010 el 19% de las madres de 14 a 17 años no tenía instrucción o no había completado el nivel primario, y el 33% había completado el ciclo primario como máximo nivel de escolaridad alcanzado. En tanto, el 79,5% de las madres de 18 y 19 años no había concluido el nivel secundario. En algunas jurisdicciones con alta fecundidad adolescente la situación era aún más crítica. En Misiones, por ejemplo, el 68% de las madres de 14 a 17 años y el 80% de las de 18 y 19 años no habían alcanzado el nivel educativo esperado para su edad (Argentina, Ministerio de Salud, 2012, figura 23).

Otro indicador de la condición socioeconómica que puede considerarse es la cobertura de salud de las madres adolescentes. En promedio, el 63% de ellas contaba exclusivamente con cobertura del sistema público. Esta proporción era mucho más elevada en Formosa (83%), Santiago del Estero (80%), Chaco (78%) y Salta (71%) (Argentina, Ministerio de Salud, 2012, figura 24).

Para la mayoría de las madres adolescentes los nacimientos ocurrieron en el marco de una convivencia. Este es el caso para casi dos de cada tres madres de entre 15 y 17 años, y de menos de tres de cada cuatro madres de entre 18 y 19 años, proporción que se ha mantenido relativamente estable durante la última década (Argentina, Ministerio de Salud, 2012, datos basados en nacimientos de 2001 y 2010).

⁵ No se dispone de información comparable con los datos del censo de 2010.

Objetivos

Como se anticipara en la introducción, este trabajo es parte de una investigación más amplia que se propone examinar los factores asociados a la maternidad temprana, prestando especial atención a los determinantes que influyen en el hecho que las adolescentes tengan un segundo embarazo o hijo. Este artículo en particular tiene como objetivo describir los entornos en los que ocurren el primer y el segundo embarazo en esta etapa del ciclo vital. Más específicamente, se examina en primer lugar si el embarazo fue o no planeado y, en caso de no haberlo sido, la utilización o no de anticonceptivos para prevenirlo. En segundo lugar, se especifican las circunstancias de pareja, familiares, educativas y laborales en que ocurre la concepción, y los cambios que se producen en estas dimensiones durante el curso del embarazo y luego del nacimiento. El análisis se lleva a cabo distinguiendo y comparando los entornos de la ocurrencia y el desarrollo del primer y el segundo embarazo.

Datos y métodos

Los resultados que aquí se presentan provienen de la Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO, 2012), realizada en 2012 a mujeres adolescentes (de 18 a 19 años) y jóvenes (de 20 a 24 años) en las ciudades capitales de Misiones, Chaco y Santiago del Estero y en las regiones sanitarias V y VII de la provincia de Buenos Aires. Se efectuaron 1.571 encuestas, divididas de manera similar en cada sitio.

La selección de las provincias norteañas obedece a que tienen las tasas de fecundidad adolescente más altas y la mayor proporción de jóvenes de entre 15 y 19 años que han tenido más de un hijo. La provincia de Buenos Aires, por su parte, resulta de interés porque es la jurisdicción con el mayor volumen de madres adolescentes tanto primíparas como multíparas. Asimismo, las regiones sanitarias V y VII fueron seleccionadas porque tienen tasas de fecundidad adolescente elevadas y porque son áreas de interés del programa provincial de salud reproductiva.

El intervalo de edad se eligió teniendo en cuenta diversas consideraciones. Por una parte, la selección del grupo de 20 a 24 años (1.091 mujeres) garantiza la posibilidad de examinar la historia reproductiva de la mujer durante todo el período de la adolescencia, permitiendo así tanto el estudio de la ocurrencia del primero como de los embarazos y nacimientos sucesivos durante ese período. La inclusión de adolescentes tardías (480 mujeres de 18 y 19 años), aun teniendo la edad truncada para abarcar toda la experiencia reproductiva durante la adolescencia, permite incorporar medidas recientes sobre la actividad sexual, el uso específico de métodos anticonceptivos, actitudes y expectativas sobre salud reproductiva, entre otros elementos⁶.

⁶ Además, el hecho de contar con la experiencia de mujeres de diferentes edades permite realizar comparaciones entre distintas generaciones respecto de la edad de iniciación sexual, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la fecundidad deseada, entre otros temas.

Las adolescentes y jóvenes encuestadas fueron reclutadas en centros de salud y hospitales cuando concurrían a realizar consultas propias (por ejemplo, consulta ginecológica, control de embarazo, entre otras) o acompañaban a sus hijos (por el control del niño sano, la vacunación, entre otras consultas) u otros familiares. La muestra no es probabilística y, por lo tanto, no puede ser considerada representativa de las provincias estudiadas. Aun con esta limitación, los datos recogidos y los resultados obtenidos son un buen reflejo de las trayectorias y circunstancias de la población de sectores socioeconómicos medios bajos y bajos. En la aplicación de la encuesta se consideraron tres cuotas, para garantizar el número de casos necesarios para los análisis sustantivos: mujeres que no tuvieron ningún hijo durante la adolescencia, las que tuvieron un hijo y las que tuvieron dos o más hijos durante esta etapa del ciclo vital⁷.

La encuesta consideró una amplia gama de dimensiones, incluyendo el contexto de crianza, la trayectoria educativa y laboral. También se indagó sobre la edad de la menarca; la edad a la que las adolescentes comenzaron a salir con varones⁸; la edad, el contexto y las circunstancias de la iniciación sexual de la entrevistada y las características del compañero. Asimismo, se incorporó una grilla en la que se detallaba cada uno de los embarazos que tuvo la entrevistada, indicando su edad, identificando al padre y la co-residencia con él y con el hijo al momento de la encuesta. Para cada embarazo ocurrido durante la adolescencia se incluyó un conjunto de preguntas que permitía recomponer el contexto familiar, de pareja, educativo y laboral tanto al momento del embarazo como a partir del nacimiento. También se indagó sobre los controles prenatales, el lugar del parto y el amamantamiento.

Características de las entrevistadas

De las 1.571 mujeres encuestadas, el 97,5% fueron argentinas. El 66% se crió con ambos padres, un 22% con la madre y alrededor de un 10% con ninguno de sus padres (mayoritariamente con abuelos). Dos de cada tres indicaron que el clima y el trato en sus hogares eran buenos. En conjunto, entre el 51% y el 61% de los padres y las madres de las encuestadas no superaron el ciclo primario de escolaridad. En cuanto al nivel educativo de las mujeres al momento de la encuesta, alrededor del 32% había completado al menos el nivel medio, el 44% tenía el nivel secundario incompleto, el 15% el primario completo y el 8% restante no había terminado el nivel primario. El 30% indicó haber repetido al menos un grado durante el ciclo primario, y un 22% al menos un año durante el secundario.

⁷ A los efectos de la composición de la muestra, las adolescentes que estaban embarazadas al momento de la encuesta fueron clasificadas como madres primíparas o multiparas según si ese embarazo era de primer o segundo orden.

⁸ Dado el interés de la investigación por la dimensión reproductiva, solo se consideraron mujeres heterosexuales en la selección de los casos.

Del total de entrevistadas, el 61% (969 casos) tuvo al menos un embarazo durante la adolescencia, y el 23% al menos dos (365 mujeres). El resto, consecuentemente, no tuvo hijos durante esta etapa del ciclo vital.

Embarazo durante la adolescencia: ¿planeado o inesperado?

Uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista de las políticas públicas que contemplan el bienestar social, de salud y educativo de la población adolescente es en qué medida la ocurrencia de un embarazo en esta etapa resulta un suceso deseado y planeado o, por el contrario, inesperado e inoportuno. En este sentido, las condiciones y circunstancias personales, educativas, laborales, de pareja, así como familiares, permean la forma en que se experimenta el embarazo y las circunstancias en que se desarrolla.

La encuesta abordó esta temática a partir de una pregunta directa, indagando en primer lugar si la adolescente quería quedar embarazada en ese momento, con las siguientes opciones de respuesta: “no, no quería”; “hubiese preferido esperar”; “me daba lo mismo”; “quería quedar embarazada” y “lo planeamos con mi pareja”. Como se observa en el gráfico 1, los resultados sobre la planificación de los embarazos durante la adolescencia son contundentes. En relación al primer embarazo, 4 de cada 10 mujeres no querían quedar embarazadas en el momento en que eso ocurrió. A ello se suma un quinto de mujeres que indicó que hubiese preferido esperar. En conjunto, la mayoría de los embarazos (60%) no son planeados ni inicialmente deseados, lo que demuestra la necesidad de implementar o intensificar acciones que faciliten a los y las adolescentes las habilidades y las herramientas necesarias para ejercer su sexualidad sin riesgo de embarazo.

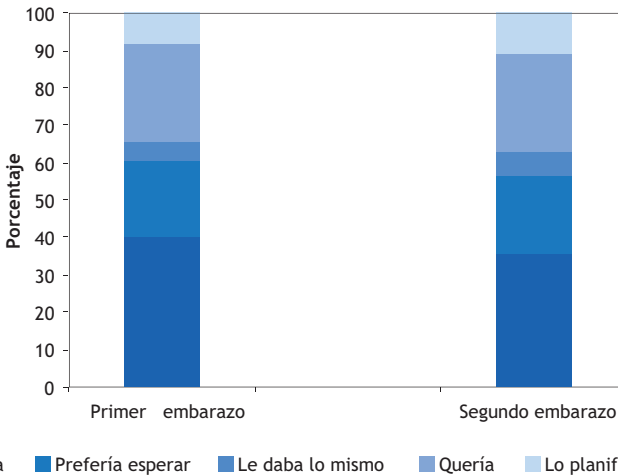
Lo mismo ocurre cuando se observa la situación en torno a las madres que quedaron embarazadas por segunda vez durante la adolescencia. Pese a que se trata de un conjunto de mujeres que, sea por el propio cuidado durante su primer embarazo como posteriormente por la atención de su hijo, seguramente han tenido contacto fluido con los servicios de salud, este no se ha traducido en una conducta reproductiva más acorde a sus deseos y preferencias, puesto que más de la mitad de ellas no quería quedar embarazada nuevamente o prefería esperar (véase el gráfico 1).

Una proporción no desdeñable reportó que había considerado interrumpir el embarazo: 20% para el primer embarazo y 15% para el segundo. Es altamente probable que esta proporción esté subestimada, por las implicancias que tiene la ilegalidad de esta práctica. De cualquier modo, la cifra es preocupante cuando se tiene en cuenta que son adolescentes con escasos recursos que, de acceder a esa práctica, lo harían en condiciones muy riesgosas para su salud.

Los resultados obtenidos sobre la planificación del embarazo son consistentes con los que arrojan las Encuestas de Demografía y Salud para otros países de la región (Hakkert, 2001). Comparados con antecedentes referidos específicamente a Argentina, esta proporción es algo mayor que la que surge del análisis de los datos del

Sistema Informático Perinatal (SIP)⁹, que muestran que en 2010 el 53% de las adolescentes que dieron a luz ese año no buscaron el embarazo (Argentina, Ministerio de Salud, 2012).

Gráfico 1
Argentina, provincias seleccionadas, 2012: distribución de las encuestadas que fueron madres en la adolescencia de acuerdo a la planificación o deseabilidad del primer y segundo embarazo



Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012.

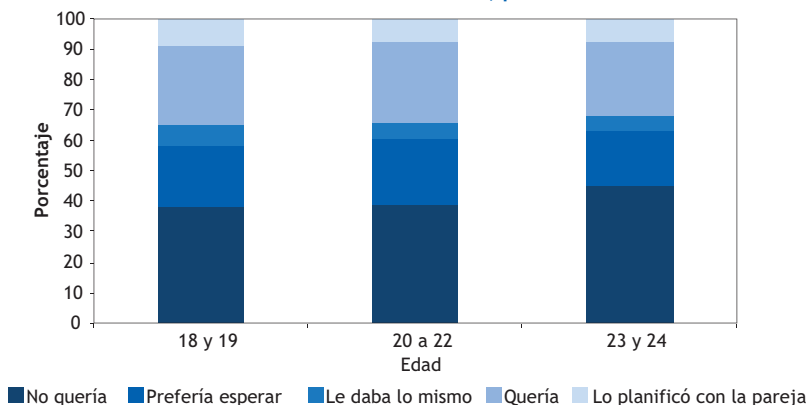
Si se restringe la mirada a las mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 18 y 19 años y que habían sido madres o estaban embarazadas (independientemente si se trataba de un primer o segundo embarazo), la proporción que no había buscado el embarazo era similar a la del resto de las encuestadas, que reflejaban la experiencia que tuvieron un lustro atrás. Estos resultados refutan la idea de que la incorporación de la asignación universal por hijo¹⁰, y recientemente su extensión al embarazo, ha redundado en un mayor número de mujeres (en este caso adolescentes) que lo buscan, o se abstienen de usar anticoncepción de manera sistemática, por la posibilidad de contar con este subsidio. Si ello ocurriera, sería de esperar un descenso significativo de la proporción de embarazos no planeados o deseados entre quienes son hoy adolescentes (véase el gráfico 2).

⁹ En 2010 hubo un total de 756.176 nacidos vivos, de ellos, 412.859 nacieron en el sistema público de salud, de los cuales 126.087 (30,5%) fueron ingresados al SIP y tomados como base del cálculo que se cita (Argentina, Ministerio de Salud, 2011).

¹⁰ La asignación universal por hijo (AUH) es un derecho que le corresponde a los hijos de personas en situaciones específicas (desocupadas, con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo, vital y móvil, entre otras). Su cobro requiere la acreditación anual de la escolarización y los controles de salud de los niños.

Gráfico 2

Argentina, provincias seleccionadas, 2012: distribución de las encuestadas que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia de acuerdo a la planificación o deseabilidad de dicho embarazo, por edad actual



Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012.

Uso de métodos anticonceptivos

Una de las preguntas que surge ante la proporción tan alta de embarazos no buscados es en qué medida las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos. Así, a quienes indicaron no haber buscado el embarazo, se les preguntó con qué frecuencia utilizaban anticoncepción durante sus relaciones sexuales en esa época: siempre o casi siempre, a veces o casi nunca. Solo el 18% indicó que siempre se cuidaba para la época que tuvo su primer embarazo, mientras que en el otro extremo, el 36% reconoció que rara vez utilizaba algún método anticonceptivo (véase el cuadro 1). El preservativo fue el método más frecuentemente utilizado (71%), seguido por la píldora, aunque con mucha menor presencia (13%). De cualquier manera, por la alta incidencia de embarazos no planificados es evidente que su uso no es ni sistemático ni adecuado.

La situación en torno al segundo embarazo es aún más preocupante, dado que entre quienes manifestaron no haberlo buscado o planeado, el 37% reportó que se cuidaba siempre, el 45% lo hacía a veces y el 18% casi nunca. Los dos métodos más usados y en igual proporción fueron el preservativo y la píldora anticonceptiva (40% cada uno). La comparación con el uso de métodos al momento del primer embarazo indicaría una mayor intención de cuidado luego del primer parto, pero poco eficaz, a pesar de que las jóvenes usaron en mayor proporción métodos de control femenino. El mayor empleo de la píldora es resultado del contacto con los servicios de salud a partir de su experiencia previa, pero su uso es deficiente, como lo evidencia la alta incidencia de embarazos no deseados (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Argentina, provincias seleccionadas, 2012: planificación, consideración de interrupción
y uso de anticonceptivos al momento del embarazo

(En porcentajes)

	Primer embarazo	Segundo embarazo
Planificación del embarazo		
No quería	40,4	35,9
Prefería esperar	20,3	20,7
Le daba lo mismo	5,3	6,4
Quería	26,0	26,4
Lo planeó con la pareja	8,0	10,6
Entre quienes no lo planearon y no querían		
Porcentaje que consideró interrumpirlo	20,4	14,5
Cuidado con método anticonceptivo		
Siempre	17,6	37,2
A veces	46,6	44,9
Casi nunca	35,8	17,9

Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012.

Si bien la mayoría de las adolescentes conoce los métodos para prevenir embarazos y tiene acceso a ellos, especialmente una vez que son madres, no logran mantener una conducta de uso sistemática. Esto se analizó con mayor profundidad en las entrevistas, pero el tema excede los límites de este trabajo.

Contexto de pareja y familiar al momento del primer embarazo

Pareja y familia

La mayoría de las adolescentes madres queda embarazada por primera vez durante una relación de noviazgo (73%), y un 21% lo hace en el marco de una convivencia. De estas últimas, solo una minoría estaban casadas, consistentemente con los patrones de formación de pareja que se han estado observando durante las últimas décadas, en los que prevalece la unión libre por sobre la legal. Para el 5% restante el embarazo fue el resultado de una relación sexual ocasional con un amigo o conocido¹¹ (véase el cuadro 2).

Alrededor de la mitad de las adolescentes madres tenía entre 17 y 19 años al inicio del embarazo¹². Cuando se examina conjuntamente la edad de la mujer con la de la pareja se observa que, ya sea que estén en una relación de noviazgo o de convi-

¹¹ Se excluyeron 5 casos que indicaron que su embarazo era producto de una relación forzada.

¹² Al momento del nacimiento, alrededor del 40% tenía entre 18 y 19 años. Esta proporción es algo inferior a la que surge de las estadísticas vitales, que para las primerizas alcanza el 52%. Esta diferencia es predecible, teniendo en cuenta que en la selección de la muestra se incluyó (en términos proporcionales) un mayor número de mujeres que tuvieron más de un hijo en la adolescencia, por lo que es esperable que el promedio de edad al momento de tener el primer hijo fuera más bajo —lo que permitiría una ventana de oportunidad más amplia para tener un segundo hijo en esta etapa del ciclo de vida.

venia, son relativamente homogéneas. Esto es, alrededor de un 38% tenía la misma edad o hasta dos años de diferencia, y una proporción casi similar (34%) tenía entre 3 y 5 años de diferencia con la edad de su pareja. Esto revela que, cuando se habla de maternidad adolescente, frecuentemente se está hablando también de paternidad adolescente¹³. El 29% restante tuvo su primer embarazo con una pareja al menos 6 años mayor. Las diferencias etarias más notorias se observaron entre quienes convivían en pareja: casi el 15% tenía 10 años o más de diferencia, mientras que entre quienes estaban en una relación de noviazgo esa proporción no alcanzaba al 8%.

Cuadro 2
Argentina, provincias seleccionadas, 2012: circunstancias familiares
al primer y segundo embarazo durante la adolescencia

(En porcentajes)

	Primer embarazo	Segundo embarazo
Con quién convivía al momento del embarazo		
Con pareja	21,1	71,9
Madre y padre	43,6	11,0
Madre	20,4	8,0
Padre	3,2	1,8
Otros	11,7	7,3
Relación al momento del embarazo		
Pareja conviviente	20,7	72,0
Novio	72,8	22,8
Amigo o conocido	5,2	5,2
Relación forzada	0,4	0,0
Diferencia de edad con la pareja		
Hasta 2 años	37,8	31,0
3 a 5 años	33,6	30,7
6 años o más	28,6	38,3
Convivió con el padre del hijo (entre quienes no convivían al nacimiento)		
Nunca	38,8	42,9
Sí, antes del nacimiento	39,0	39,1
Sí, después del nacimiento	22,2	18,0
Pareja en relación al primer hijo		
Misma pareja		60,7
Otra pareja		39,3

Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012.

Como es de esperar dada la edad de las mujeres, sea que el embarazo ocurriera en el marco de un noviazgo o de una relación de convivencia, no se trataba de relaciones prolongadas. En el caso de los noviazgos, más de un tercio llevaba un máximo de tres

¹³ Con respecto a la escolaridad de las parejas, solo el 20% de los jóvenes había completado el ciclo medio, y no se observaron grandes diferencias entre quienes estaban en una relación de noviazgo y aquellos que estaban en una relación de convivencia.

meses de relación al momento de la ocurrencia del embarazo, y casi un 20% adicional entre cuatro y ocho meses.

La duración de la relación de quienes se encontraban conviviendo no era tan diferente, si bien se estima que se trata de relaciones con mayor nivel de compromiso. En estos casos, alrededor de un tercio llevaba conviviendo un máximo de tres meses y el 20% adicional entre cuatro y ocho meses. La mitad restante ya convivía por al menos nueve meses previos al embarazo. A ello debe sumársele el tiempo de noviazgo, que no suele ser prolongado. Alrededor de la mitad de las adolescentes madres quedó embarazada de su primera pareja sexual.

Es dable anticipar que la planificación del embarazo, o alternativamente el hecho que este suceda de manera no buscada o inoportuna, está estrechamente vinculada al contexto de pareja. Las adolescentes que ya convivían en pareja al momento de quedar embarazadas reportaron haberlo planificado con mucha más frecuencia que aquellas que no lo hacían (65% frente al 26%). Y entre quienes estaban de novias, la proporción de quienes planearon el embarazo aumentaba conforme a la duración del noviazgo: desde el 16% entre aquellas cuya relación no superaba los tres meses al momento del embarazo hasta alrededor del 35% entre las que sobrepasaban esa duración¹⁴.

¿En qué medida el embarazo precipita la convivencia con el padre del hijo? Para averiguarlo, se consultó a las jóvenes que quedaron embarazadas en el marco de una relación de noviazgo si alguna vez convivieron con el padre del bebé. Como muestra el cuadro 2, algo más del 60% de quienes estaban de novias pasaron a convivir con el padre del hijo, proporción que se incrementó conforme a la duración del noviazgo: entre los más breves (de menos de tres meses y de entre cuatro y ocho meses) variaba entre el 50% y el 60%, mientras que entre quienes estaban en relaciones más prolongadas (de al menos nueve meses), aumentaba a alrededor del 70% o el 75%. La misma pregunta se le formuló a quienes quedaron embarazadas de una relación ocasional, ya sea con un amigo o conocido, que como se vio fue una proporción pequeña (5%). En esos casos, solo una de cada cuatro pasó a convivir con el padre del bebé (25%).

Otro aspecto que se examinó fue en qué medida las probabilidades de pasar a convivir con la pareja variaban de acuerdo a la composición del hogar de esa adolescente. En este sentido, no se encontraron diferencias significativas en esa propensión por el hecho de que la adolescente viviera con su padre y su madre o solo con su madre. Sin embargo, si bien fueron pocas, la mayoría de las que vivían solo con su padre empezaron a convivir con su novio (80%, mientras que entre quienes convivían en otros arreglos familiares esa proporción descendió al 50% o el 60%).

¿Cuál fue la reacción de la pareja y de la familia de la adolescente al conocer la noticia de su embarazo? En ambos casos la mayoría de las entrevistadas refirió reacciones que pueden considerarse positivas. Un 30% de ellas reportó que la reacción inicial de su familia de origen fue de enojo.

¹⁴ Llamativamente, no se observaron diferencias en la proporción de adolescentes que buscaban o planeaban el embarazo conforme a la duración del noviazgo a partir de los tres meses.

Circunstancias educativas y laborales

Más de la mitad de las adolescentes madres estaba fuera del sistema educativo al momento del primer embarazo (55%), y entre quienes no asistían a la escuela, la mayoría no había completado el ciclo medio. Solo el 15% de las que no asistían habían completado ya el ciclo medio y no habían continuado sus estudios. En cuanto a la situación laboral, el 28% trabajaba al momento del embarazo (véase el cuadro 3). En general se trataba de trabajos de escasa calificación y precarios, sin protección social.

Cuando se contempla la situación educativa y laboral de manera conjunta, se observa que el 36% de las madres adolescentes solo estudiaban al momento de quedar embarazadas, un 9% adicional estudiaba y trabajaba, y un 19% solo trabajaba. En el otro extremo, el 36% no estudiaba ni trabajaba al momento de embarazarse.

Cuadro 3
Argentina, provincias seleccionadas, 2012: situación educativa y laboral al primer y segundo embarazo durante la adolescencia

(En porcentajes)

	Primer embarazo	Segundo embarazo
Asistencia escolar al momento del embarazo		
Asiste a la escuela	45,2	10,9
No asiste	54,8	89,1
Completó secundario	15,0	6,0
No completó secundario	85,0	94,0
Trabajo al momento del embarazo		
Porcentaje que trabaja	28,1	30,4
Asistencia escolar y trabajo al momento del embarazo		
Asiste y trabaja	9,4	1,2
Asiste y no trabaja	35,8	9,7
No asiste y trabaja	18,7	29,2
No asiste y no trabaja	36,1	59,9
Continuidad educativa durante el embarazo		
No continuó	33,2	19,4
Sí, por muy breve tiempo	27,9	30,6
Sí, hasta al menos el 7° mes	28,1	33,3
Sí, hasta terminar secundario o continúa	10,8	16,7
Continuidad laboral durante el embarazo		
No continuó	44,7	31,0
Sí, por un tiempo	28,9	39,0
Sí, todo el embarazo o continúa	26,4	30,0
Volvió a estudiar/trabajar luego del nacimiento		
Porcentaje que estudió después del nacimiento	24,9	8,7
Porcentaje que trabajó después del nacimiento	41,4	28,4

Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012.

¿En qué medida el embarazo modifica la situación educativa y laboral de las adolescentes? En primer lugar, se preguntó entre quienes estaban asistiendo a la escuela si continuaron haciéndolo una vez enteradas del embarazo. Como muestra el cuadro 3, la mayoría dejó la escuela inmediatamente después de conocer la noticia o en un corto lapso de tiempo. Algo más de un cuarto de las entrevistadas continuó hasta el séptimo mes o hasta el final del embarazo, y solo un 11% terminó el secundario o continuaba estudiando al momento de la encuesta.

La decisión precipitada de abandonar la escuela por parte de la mayoría de las adolescentes que estaban asistiendo es indicativa de su bajo apego escolar e interés por el estudio. Esto se refuerza con las razones mediante las que justificaron el abandono, que incluyeron principalmente el no querer estudiar. También se refirieron al temor a sentirse discriminadas por su condición, así como a razones de salud. Es interesante señalar que, al indagar por la actitud percibida respecto de la escuela, cerca de tres cuartos de las entrevistadas indicaron que “le habían dado facilidades” para que continuaran estudiando.

Solo un cuarto de las jóvenes retornaron a la escuela luego del nacimiento del primer hijo, y el 16% terminó el secundario o continuaba estudiando al momento de la entrevista. Algo similar ocurrió con el trabajo: de casi el 30% que trabajaba, algo menos de la mitad (45%) dejó de hacerlo inmediatamente, mientras que una de cada cuatro trabajó durante todo el embarazo.

Segundo embarazo: circunstancias de pareja y familiares

Como resulta previsible, el segundo embarazo ocurre con más frecuencia en el marco de una relación de convivencia. Esta fue la situación de la mayoría de las entrevistadas (72%). Del resto, algo más de la mitad pasó a convivir con la pareja, principalmente antes del nacimiento. Consecuentemente, la mayoría quedó embarazada conviviendo con la pareja, y la proporción se elevó al 92% para el momento del nacimiento¹⁵ (véase el cuadro 2).

Cabe destacar que no se trata necesariamente de la misma pareja con quien se tuvo el primer hijo: esta proporción es del 60%, por lo que el 40% restante tuvo su segundo embarazo de una nueva pareja. Es por ello que la diferencia etaria respecto de la pareja se amplió en comparación con el primer embarazo. Como muestra el cuadro 2, la proporción de parejas con 6 años de diferencia o más pasó del 29% al 38%. Esto implica que aquellas adolescentes madres que rompieron la relación con el padre de su primer hijo formaron una nueva pareja con alguien de mayor edad.

Pese a que el segundo embarazo ocurre en el marco de una convivencia, esto no lo vuelve un evento resultante de una planificación. Así, como se viera previamente, solo el 37% quería quedar embarazada en el momento en que eso ocurrió. La bús-

¹⁵ Esto se compara con el 70% en el caso de los primeros embarazos.

queda o planificación del embarazo sucede con más frecuencia cuando no es con la misma pareja con quien se tuvo el primer hijo (43% frente al 32%).

La noticia del segundo embarazo tiene mejor acogida que la del primero, tanto por parte de la pareja como de la familia, al menos eso es lo que perciben las adolescentes madres. En este sentido, el 57% de las parejas y el 67% de los familiares manifestaron estar contentos y apoyaron a la adolescente.

A diferencia del primero, el segundo embarazo ocurre en un contexto de mayor estabilidad, no solo familiar sino también laboral. Así, al momento del embarazo no solo la mayoría ya vivía en pareja, sino que en hogares nucleares, sin otros familiares. Asimismo, prácticamente en todos los casos la pareja trabajaba, el 53% en un empleo fijo y alrededor del 42% en changas¹⁶.

En cuanto a las circunstancias educativas y laborales de la adolescente al momento del segundo embarazo, solo una minoría estaba asistiendo a la escuela (11%), y alrededor del 29% trabajaba. A diferencia de las circunstancias en torno al primer embarazo, en este caso la proporción que no trabajaba ni estudiaba y dedicaba su tiempo al cuidado de su hogar y la familia fue mucho mayor (60%). Si bien la proporción de adolescentes que trabajaban fue similar a la observada entre las que atravesaron su primer embarazo (30%), ellas continuaron trabajando durante el embarazo con más frecuencia, lo que seguramente refleja la mayor necesidad e importancia que tenía su ingreso para la economía del hogar.

Conclusiones

La mayoría de los embarazos que ocurren durante la adolescencia no son planeados, y esto es muy similar tanto entre órdenes de nacimiento como entre cohortes. Resulta preocupante que la proporción de segundos embarazos no buscados sea tan elevada, pues luego del nacimiento del primer hijo las jóvenes reportaron usar métodos anticonceptivos en mayor proporción y muchas de ellas habían reemplazado el preservativo por la píldora anticonceptiva. El desfase entre las intenciones reproductivas reportadas y el resultado alcanzado —una importante proporción de embarazos no planeados— sugiere que debe ponerse el foco en la calidad de la consejería anticonceptiva que se brinda. Diversificar la oferta de métodos para hacer más atractivas opciones como el DIU y los inyectables, así como aumentar el acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia, son desafíos que los servicios de salud reproductiva para adolescentes deberían encarar de manera sistemática.

El hecho que la proporción de embarazos no planeados sea similar entre la cohorte más joven (de 18 y 19 años) y la más antigua (de 23 y 24 años) permite desestimar el argumento de que la asignación universal por hijo podría tener un “efecto no deseado” sobre la fecundidad adolescente.

¹⁶ En Argentina y Uruguay se utiliza esta expresión para aludir a una ocupación “transitoria, por lo común en tareas menores” (www.rae.es).

Los resultados de este trabajo confirman en general los hallazgos de estudios previos respecto de la relación del embarazo adolescente con la educación: en algo más de la mitad de los casos el embarazo en esta etapa de la vida ocurre cuando las jóvenes ya están fuera del sistema educativo. Ahora bien, entre quienes están aún escolarizadas, el embarazo suele poner fin a trayectorias educativas que ya presentaban algunas dificultades, según puede inferirse de los datos de repitencia presentados, a pesar de las facilidades que la escuela ofrece en estas circunstancias.

Los primeros embarazos en general ocurren en el contexto de relaciones de noviazgo y, en menor medida, de uniones consensuales. La información producida indica que si bien los noviazgos más largos inducen uniones en mayor medida, los breves lo hacen en una proporción no desdeñable. El noviazgo entonces parece crucial en esta cadena de eventos que llevan a la maternidad y la paternidad adolescente. Probablemente, como han señalado otros estudios, los jóvenes tiendan a ser menos sistemáticos en el uso de contraceptivos en relaciones amorosas que en relaciones casuales. Esta podría ser una cuestión a trabajar puntualmente en las clases de educación sexual integral, dado que la mayoría de las jóvenes se encuentran en relaciones de noviazgo con pares.

Finalmente, el hecho de que los segundos embarazos se den mayoritariamente en el marco de relaciones de pareja, en situaciones de mayor estabilidad laboral y gocen de mayor aprobación familiar parece relativizar sus posibles consecuencias negativas. En estas circunstancias, la prevención del primer embarazo no buscado en la adolescencia resulta de vital importancia no solo en sí misma, también porque una vez que las uniones se han constituido, el incentivo para postergar el segundo embarazo tiende a desdibujarse.

Referencias

- Argentina, Ministerio de Salud (2011), "Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2010", Serie 5, Número 54, Buenos Aires: Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- ____ (2012), *Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina*, Buenos Aires: Subsecretaría de Salud Comunitaria, Dirección de Medicina Comunitaria, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.
- Binstock, Georgina y Pantelides, Edith (2005), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", en Gogna, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires: CEDES/UNICEF/Ministerio de Salud de la Nación, pp. 77-112.
- Gogna, Mónica; Fernández, Silvia y Zamberlin, Nina (2005), "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a púerperas", en Gogna, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires: CEDES/UNICEF/Ministerio de Salud de la Nación, pp. 251-284.

- Guzmán, José Miguel; Contreras, Juan Manuel y Falconier de Moyano, Martha (2001), “El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual”, en Guzmán, J. M. *et al.*, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, D.F.: UNFPA.
- Hakkert, Ralph (2001), “Preferencias reproductivas en adolescentes”, en Guzmán, J. M. *et al.*, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, D.F.: UNFPA.
- Kornblit, Ana Lía; Mendes Diz, Ana María y Adaszko, Dan (2006), *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*, Documento de Trabajo N° 47, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Pantelides, Edith A. (2004), “Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina”, en CELADE, *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile: CEPAL, pp. 167-182.
- Pantelides, Edith y Cerrutti, Marcela (1992), “Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia”, en *Cuadernos del CENEP* N° 47, Buenos Aires: CENEP.
- Reis-Brandão, Elaine y Heilborn, Maria Luiza (2006), “Sexualidade e gravidez em jovens de camadas médias”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (7), pp. 1421-1430.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2011), *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*, Nueva York: UNICEF.

Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?

*Carmen Varela Petito¹
Mariana Tenenbaum²
Cecilia Lara³*

Resumen

En los últimos 10 años el nivel de la fecundidad adolescente en Uruguay está estancado y experimenta una resistencia a la disminución. De hecho, el descenso de esta fecundidad no ha acompañado el ritmo de la disminución de la fecundidad total. En este trabajo se estudian la fecundidad y la maternidad adolescente (de mujeres de 15 a 19 años) y su salud sexual y reproductiva en el país durante el período 1996-2011. En particular, se indagan los procesos que dan cuenta de las especificidades del comportamiento reproductivo de las adolescentes y la incidencia de los determinantes sociales, los determinantes próximos de la fecundidad y las desigualdades de género en el estancamiento del descenso de la fecundidad en esta etapa del ciclo de vida. A partir de los microdatos de los censos de población y vivienda de 1996 y 2011 y de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud de 2008, del Instituto Nacional de Estadística (INE), se pone de manifiesto que la maternidad en la adolescencia se caracteriza por una gran desigualdad social. Se constata que el contexto de socialización carenciado, las condiciones de vida vulnerables y el bajo nivel de educación formal de las jóvenes constituyen factores clave en la conformación del piso de resistencia a la disminución de la maternidad en la adolescencia.

Palabras clave: fecundidad, maternidad, adolescencia, salud sexual y reproductiva, Uruguay.

¹ Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (varelapetito@gmail.com).

² Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (marianatuy@gmail.com).

³ Programa de Historia Económica, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (cecilara@gmail.com).

Introducción

En los últimos 10 años el nivel de la fecundidad adolescente en Uruguay se encuentra estancado y experimenta una resistencia a la disminución. De hecho, el descenso de esta fecundidad no ha acompañado el ritmo de la disminución de la fecundidad total. En este trabajo se abordan la fecundidad y la maternidad en la adolescencia (es decir, en las mujeres de 15 a 19 años) y su salud sexual y reproductiva en el período 1996-2011. El análisis se realiza a escala nacional, con una desagregación territorial a nivel de los departamentos y los barrios de Montevideo. En particular, se indagan los procesos que dan cuenta de las especificidades del comportamiento reproductivo de las adolescentes y la incidencia de los determinantes sociales, los determinantes próximos de la fecundidad y las desigualdades de género en el estancamiento del descenso de la fecundidad y la maternidad en la adolescencia.

El objetivo principal de este artículo es avanzar en el conocimiento del comportamiento reproductivo de las adolescentes, a partir de algunas preguntas fundamentales: ¿qué cambios y permanencias se encuentran en el transcurso del período analizado?, ¿quiénes son las jóvenes que inician la maternidad tempranamente y cómo se distribuyen en el territorio?, ¿cuánto inciden los determinantes sociales, las desigualdades de género y los determinantes próximos de la fecundidad en ese estancamiento?, ¿se constituyen en focos de resistencia a su disminución?

Las claves para la comprensión de esta resistencia a la baja de la fecundidad no son claras. Por eso, este trabajo se propone explorar algunas de las posibles explicaciones, partiendo de la hipótesis que las condiciones de vida y las desigualdades de género continúan siendo determinantes en el inicio de la maternidad en la adolescencia.

El trabajo está organizado de la siguiente manera: en primer lugar se analiza el contexto de la fecundidad en Uruguay, y específicamente el de la fecundidad adolescente, explorando a su vez las implicancias clave del fenómeno. En segundo lugar, se realiza una síntesis de las principales acciones emprendidas en el país a partir del impulso de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, poniendo especial énfasis en aquellas dirigidas a la población adolescente. En tercer lugar se exponen los principales resultados, estructurados en cuatro subapartados: 1) cambios observados en la maternidad y la fecundidad en el período 1996-2011 a nivel territorial; 2) determinantes sociales de la maternidad adolescente; 3) determinantes próximos de la fecundidad, y 4) factores explicativos de la resistencia al descenso. Por último, se concluye el documento con unas breves reflexiones.

Antecedentes

En Uruguay los niveles de fecundidad adolescente son más elevados que los esperados en función del comportamiento reproductivo que se ha observado desde inicios del siglo XX. El país se ha caracterizado por un comienzo temprano de la transición demográfica en relación a la mayoría de los países de América Latina, y actualmente

los niveles que registran ciertos indicadores de nupcialidad y fecundidad son propios de la llamada “segunda transición demográfica”. Desde 2004 la fecundidad se ubica por debajo del nivel de reemplazo poblacional —actualmente la tasa global de fecundidad (TGF) es de 1,93 hijos por mujer (Varela *et al.*, 2014). El ritmo del descenso de la fecundidad total no ha sido acompañado por la disminución de la fecundidad adolescente. Por el contrario, en las últimas décadas del siglo pasado esta experimentó un incremento relevante, que alcanzó su cúspide en 1997 y 1998, con una tasa de fecundidad de 72 y 74 hijos por cada mil mujeres de ese rango etario, respectivamente. En los años siguientes se registró una disminución de esta tasa y un estancamiento, situándose en torno a los 60 por mil, bastante próxima al promedio de América Latina y el Caribe, de 70 por mil. En comparación con otras regiones del mundo, el valor de este indicador en Uruguay aún es elevado, se encuentra muy por encima del promedio de Europa (18 por mil) y América del Norte (27 por mil), y es superior al de Asia (42 por mil) y algo mayor que el promedio del mundo (55 por mil) (Rodríguez, 2014).

En varios países de América Latina y el Caribe también se observa un estancamiento del descenso de la fecundidad en la adolescencia. Al igual que en Uruguay, la fecundidad total de la región ha experimentado un descenso muy significativo; sin embargo, no se ha registrado la misma intensidad en el decrecimiento de los valores de la fecundidad adolescente, y las cifras de su indicador continúan siendo elevadas en comparación con otras regiones del mundo (Rodríguez, 2014).

En suma, en el escenario actual de la fecundidad adolescente en Uruguay no hay evidencia de una tendencia clara al descenso, sino que por el contrario se advierte la existencia de un “piso” de resistencia a la baja. Los caminos para la interpretación de esta resistencia deben poner particular énfasis en las desigualdades sociales que se materializan en los determinantes sociales y de género, que son esenciales para comprender el comportamiento reproductivo diferencial.

Implicancias de la maternidad en la adolescencia

El inicio de la trayectoria reproductiva en la adolescencia constituye un evento que complejiza el ciclo de vida de los jóvenes, provocando una abrupta entrada en la vida adulta que generalmente restringe sus oportunidades. Tener un hijo en esta etapa, entre otras cosas, dificulta la permanencia de las adolescentes en el sistema educativo, comprometiendo su inserción futura en el mundo del trabajo, en una economía crecientemente basada en el conocimiento y que cada vez demanda mayor formación (Varela y Fostik, 2011). Cabe destacar, sin embargo, que diferentes estudios han demostrado que el abandono escolar en muchos casos precede al embarazo (Stern y García, 2001; Rodríguez, 2003; Pantelides, 2004; Stern, 2004; Flórez y Soto, 2007; Furstenberg, 2007; Llanes, 2012; Rodríguez and Cavenaghi, 2013; Cavenaghi, 2013).

En el caso de Uruguay, como en otros países de la región, si bien la tasa de asistencia a la educación secundaria se ha elevado en las tres últimas décadas, ello no se refleja en la finalización masiva de este nivel educativo, ni tampoco en un impacto

en su desempeño en el mercado laboral, ni en un efecto relevante sobre la disminución de la maternidad en la adolescencia, entre otras cosas porque en determinadas subpoblaciones de jóvenes persisten importantes condiciones de privación social que implican oportunidades desiguales e intervienen en una mayor exposición a un embarazo precoz y no deseado (Rodríguez and Cavenaghi, 2013). A su vez, la entrada a la maternidad agudiza en muchos casos la condición de pobreza y restringe el proyecto de vida de las adolescentes al mundo doméstico (Amorín, Carril y Varela, 2006).

Las desigualdades de clase y de género constituyen factores relevantes en el análisis del comportamiento reproductivo de las y los adolescentes: “El modelo sociocultural dominante también pauta el comportamiento sexual entre varones y mujeres: los roles de género predisponen actitudes y conductas que pautan el ejercicio de la sexualidad y el uso o no de la anticoncepción” (Varela y Fostik, 2011: 116). Las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres disminuyen las posibilidades de negociación de ellas, dificultando así la práctica segura de la actividad sexual y las alternativas para adoptar una conducta de prevención, reforzando su vulnerabilidad hacia un embarazo temprano y en muchos casos no deseado (Casique, 2012).

Las desigualdades sociales y de género condicionan las trayectorias de vida de las personas, lo que se ve reflejado en la construcción de proyectos de vida diversos (De Oliveira y Mora, 2008). En aquellos casos en que las mujeres logran desarrollar un proyecto de vida enfocado en la formación profesional, con una adecuada inserción en el mercado de trabajo y que no está centrado en la maternidad, logran generalmente adoptar conductas de prevención en relación al ejercicio de la sexualidad y de este modo retrasar el inicio de la maternidad (Varela y Fostik, 2011). En otros sectores, en los que el peso de las desigualdades de género suele ser más notorio y las privaciones de bienestar social son importantes, la maternidad es el centro de la vida de las mujeres. Esto les proporciona un reconocimiento entre sus pares y un anclaje en la sociedad (Corrêa, 2009).

La etapa del ciclo de vida por la que atraviesan los adolescentes también interviene en la adopción de conductas menos conscientes y poco preventivas en las relaciones sexuales, aumentando el riesgo de embarazos no deseados. En estas edades, los adolescentes suelen sentirse poco expuestos hacia cualquier tipo de riesgo, y eso se extiende a sus relaciones afectivas y sexuales (Pantelides, 2004).

Las ideas planteadas ponen en evidencia que la maternidad adolescente es un fenómeno multidimensional en el que intervienen diversos factores. En ese sentido, para su estudio es relevante considerar al menos las condiciones de bienestar social, el nivel de educación formal alcanzado, las desigualdades de género y el acceso a la salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes desde El Cairo hasta la actualidad

Tras la celebración de la CIDP en El Cairo se inició en Uruguay, en 1996, la implementación de programas de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género que

permitieron avanzar hacia el ejercicio universal de los derechos sexuales y reproductivos, y de los adolescentes en particular.

La participación del movimiento feminista y de diversos actores políticos fue fundamental en el impulso de estos programas, los que evolucionaron desde un paradigma asistencialista y focalizado en la población carenciada hacia un modelo de atención integral que jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de las patologías, y se asienta en una concepción de derechos y de igualdad de género.

Con la implementación de estos programas, y particularmente desde la aprobación de algunas leyes, los avances fueron sustantivos en materia de salud sexual y reproductiva (López, Abracinskas y Furtado, 2009). Esto no implica que los objetivos iniciales se hayan cumplido en su cabalidad, por el contrario, aún siguen planteados algunos desafíos y metas que se deben alcanzar.

Desde 2005, con el ingreso de un gobierno de izquierda a la administración del Estado, y en el marco de la reforma del sistema de salud, se implementó una política nacional en materia de salud sexual y reproductiva y se produjeron cambios en la concepción de los servicios de salud. El paradigma basado en la asistencia y la rehabilitación viró definitivamente hacia un sistema que privilegia la atención integral de la población, orientado a la promoción y prevención de enfermedades y hacia una sexualidad satisfactoria, libre de embarazos no deseados.

En esta etapa, que se inició en 2005, pueden señalarse cuatro acontecimientos que constituyen grandes hitos y conforman un camino de transformaciones de la orientación de la salud sexual y reproductiva hacia el conjunto de la población del país, y particularmente hacia los adolescentes: a) el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); b) el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (con programas específicos para los adolescentes); c) la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, y d) la implementación de la educación sexual en los niveles de educación formal primario, secundario y técnico, apoyada en la aprobación de la ley sobre salud sexual y reproductiva y en la nueva Ley de Educación.

La Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426), aprobada en noviembre de 2008, tuvo un veto presidencial que eliminó el artículo 4, referido a la despenalización del aborto. Este artículo era el más polémico y contaba con el apoyo de la mayor parte de la población, lo que se manifestó en su aprobación en ambas cámaras del poder legislativo. En octubre de 2012 finalmente se aprobó la Ley de interrupción voluntaria del embarazo (Ley 18.987), que despenaliza el aborto, y que ha sido acompañada por la implementación de políticas públicas sobre educación sexual y reproductiva.

Los programas de salud sexual y reproductiva implementados en Uruguay desde 1996 han significado avances hacia el cumplimiento de las metas de la CIPD y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En materia de salud sexual y reproductiva se ha implementado un modelo de atención integral, basado en una concepción de derechos y de género. Sin embargo, la legitimación y la práctica de esta nueva concepción

constituyen un proceso que aún está en desarrollo. El cambio de paradigma que permita superar la concepción asistencialista de la salud sexual y reproductiva, centrada en la reducción de “riesgos”, por otra fundada en la promoción de una sexualidad satisfactoria basada en relaciones igualitarias entre mujeres y varones, protegida de enfermedades y libre de embarazos no deseados, implica transformaciones culturales y sociales de largo plazo.

Datos y métodos

El objetivo central de este trabajo es analizar el comportamiento reproductivo de las adolescentes y sus especificidades. Particularmente, se intenta dar cuenta de la incidencia de los determinantes sociales y los determinantes próximos de la fecundidad, a la luz de su diferenciación por género, en el estancamiento del descenso de la maternidad adolescente en Uruguay.

Las fuentes de datos utilizadas fueron los microdatos de los censos de población y vivienda de 1996 y 2011 y de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) de 2008, del Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta se aplicó como módulo adicional de la Encuesta Continua de Hogares a una muestra de 5.017 hogares con adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años en localidades de más de 5.000 habitantes de todo el país. Los adolescentes de entre 15 y 19 años encuestados fueron 1.502 (758 varones y 744 mujeres). La base de datos fue utilizada con los ponderadores correspondientes.

Los indicadores seleccionados para el análisis de la maternidad y la fecundidad adolescente fueron el porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años y la paridez media de las madres de este tramo de edad.

La estrategia metodológica se basó en tres componentes fundamentales. En primer lugar, se realizó un análisis de la evolución de la fecundidad adolescente a partir de la información censal, tomando dos momentos del tiempo: 1996 y 2011. Se analizó el comportamiento reproductivo para el total del país y desagregado por unidades geográficas. En segundo lugar, se efectuó un análisis descriptivo de: a) los determinantes sociales, a partir de información del censo de 2011, y b) los determinantes próximos de la fecundidad en mujeres y varones, a partir de información proveniente de la ENAJ 2008. En tercer lugar, para analizar la probabilidad de ser madre antes de los 20 años, se aplicó un modelo econométrico *probit* de función normal, a partir de variables que corresponden tanto a atributos de la adolescente como del hogar, utilizando los microdatos censales de 2011.

Resultados

Cambios y permanencias de la fecundidad adolescente, 1996-2011

La fecundidad de las adolescentes ha disminuido en los 15 años analizados en este estudio. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, continúa siendo elevada en

comparación con los valores alcanzados a mitad del siglo XX y respecto de los niveles regionales. Tanto la paridez media acumulada (de 0,19 hijos en promedio en 1996 y 0,11 en 2011) como el porcentaje de madres adolescentes (de 14% en 1996 y 10% en 2011) dan cuenta de la persistencia de este fenómeno en Uruguay.

El análisis agregado del nivel de la fecundidad oculta la heterogeneidad del comportamiento reproductivo. La desagregación a nivel territorial —por departamentos y barrios de Montevideo— permite conocer uno de los diferenciales de la maternidad en esta etapa del ciclo de vida.

El lugar de residencia de las personas implica espacios de socialización diversos, en la medida que responden a modelos y dinámicas sociales y culturales específicas. El comportamiento reproductivo de las personas está asociado a estos espacios, entre otros, e incide tanto en el calendario como en la intensidad de la fecundidad. Los datos analizados revelan diferencias claras del comportamiento reproductivo entre los 19 departamentos del país y los barrios de la capital⁴.

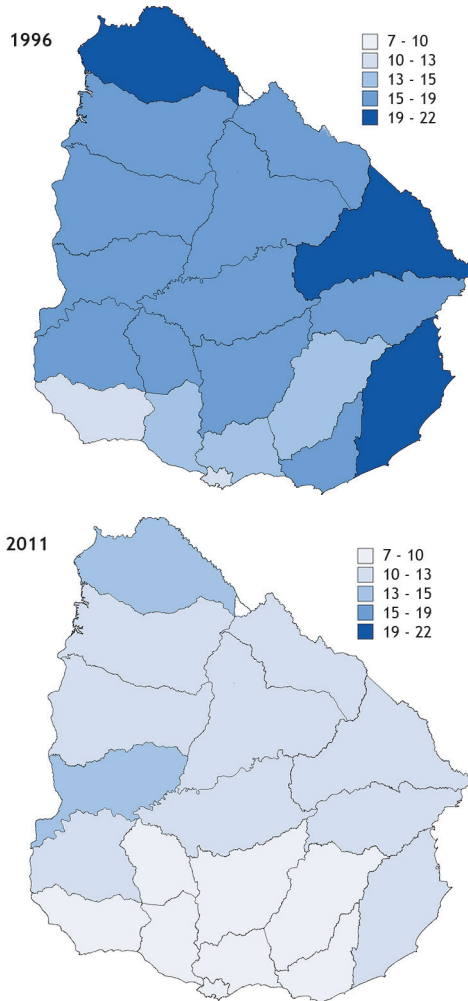
Entre 1996 y 2011 se destacan al menos tres fenómenos: 1) el descenso de la fecundidad adolescente de todo el país ocurrió a diferentes intensidades en cada departamento; en 1996 la mayoría de ellos alcanzaban porcentajes de madres adolescentes que oscilaban entre el 16% y el 22%, y una paridez media acumulada de entre 0,20 y 0,39 hijos por mujer. En 2011 la mayoría de los departamentos registraron valores de la fecundidad adolescente de entre el 10% y el 15% y una paridez media de entre 0,11 y 0,16 hijos por mujer. El mayor descenso se explica por la disminución de la fecundidad en los departamentos más allá de la capital. A pesar de esta caída, persisten las brechas entre regiones. 2) Las brechas existentes entre el norte y el centro del país con la zona sur (mayoritariamente costera) no solo se mantienen sino que se delinearán más claramente (véase el mapa 1). 3) En la capital (Montevideo) la disminución se observó en todos los barrios, pero se profundizaron las brechas entre los barrios costeros y la periferia de la ciudad (Varela *et al.*, 2014).

La maternidad adolescente presenta una realidad especialmente heterogénea en el caso de Montevideo. En la ciudad capital el porcentaje de madres adolescentes fue menor que en el total del país (11% y 8% en 1996 y 2011, en relación al 14% y el 10%, respectivamente). Sin embargo, se observaron grandes brechas dentro de la ciudad en ambas fechas censales, con niveles que oscilaban entre el 3% y el 24% en 1996, y entre el 0% y el 17% en 2011. Los barrios que alcanzaron porcentajes más elevados de madres adolescentes superaron el promedio de América Latina y el Caribe (13%) (Rodríguez and Cavenaghi, 2013). Esta gran dispersión responde en buena medida a la distribución socioeconómica de la población en el territorio de esta urbe (Varela *et al.*, 2014). Los barrios del cinturón de la ciudad, en los que se concentran los hogares con peores nive-

⁴ El departamento constituye la unidad mayor de división político-administrativa del país. Es preciso tener en cuenta que en los censos utilizados para este análisis se relevó el lugar de residencia actual, que puede no coincidir con el lugar en que fueron socializadas y donde iniciaron su etapa reproductiva las mujeres encuestadas.

les de bienestar, alcanzaron los mayores porcentajes de madres adolescentes, mientras que aquellos que se encuentran sobre la costa y registran mejores niveles de vida presentaron porcentajes muy inferiores de este indicador (Calvo *et al.*, 2013).

Mapa 1
Uruguay, 1996 y 2011: porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años),
por departamento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, censos de población de 1996 y 2011.

En suma, se observan cambios en el nivel de la fecundidad adolescente en el período estudiado, pues desciende tanto el valor del total del país como el de las diferentes unidades geográficas analizadas. Sin embargo, persisten las brechas territoriales e incluso en algunos casos se profundizan.

Determinantes sociales

Los atributos socioeconómicos de las mujeres implican claras diferencias en su comportamiento reproductivo, y específicamente determinan niveles diferenciales de fecundidad adolescente (Cavenaghi, 2013).

En este apartado se analiza la fecundidad de las mujeres uruguayas de 15 a 19 años en 2011, según determinados indicadores asociados con las condiciones de vida de las personas y sus hogares: las necesidades básicas insatisfechas (NBI), el nivel educativo⁵, el clima educativo del hogar⁶ y la tipología de los hogares.

El indicador de las NBI permite aproximarse al nivel de bienestar de los hogares a partir de un conjunto de dimensiones. Mediante este indicador se observa que, en aquellos hogares en los que las necesidades básicas están cubiertas, los porcentajes de madres adolescentes son bajos a nivel nacional (3,6%), y particularmente en Montevideo (2,9%). Esto no implica que dentro de la capital no se observe una gran heterogeneidad en el comportamiento reproductivo analizado a través de este indicador. Como se indicó en el apartado anterior, los mayores porcentajes de madres adolescentes se concentran en determinados barrios de la ciudad, que a su vez son las zonas donde se registran los mayores niveles de carencias críticas.

Los hogares con necesidades básicas insatisfechas presentan porcentajes considerablemente más elevados de maternidad adolescente que aquellos que no las tienen (16,5% frente a 3,6%), patrón que se repite en los 19 departamentos del país. Cuando los hogares presentan dos NBI o más los porcentajes de madres adolescentes son aún mayores, y se ubican entre el 20% y el 28%, según el departamento.

Al analizar el porcentaje de madres adolescentes según las diferentes dimensiones que conforman el indicador de NBI se constata que los niveles más altos (superiores al 20%) se alcanzan en aquellos hogares con carencias en las variables más estructurales, asociadas a las condiciones habitacionales (materiales de la vivienda, acceso al agua potable, a la electricidad y el saneamiento). Además, dentro de la NBI de vivienda es el material utilizado para su construcción el que tiene mayor incidencia sobre los valores de la maternidad adolescente (véase el gráfico 1).

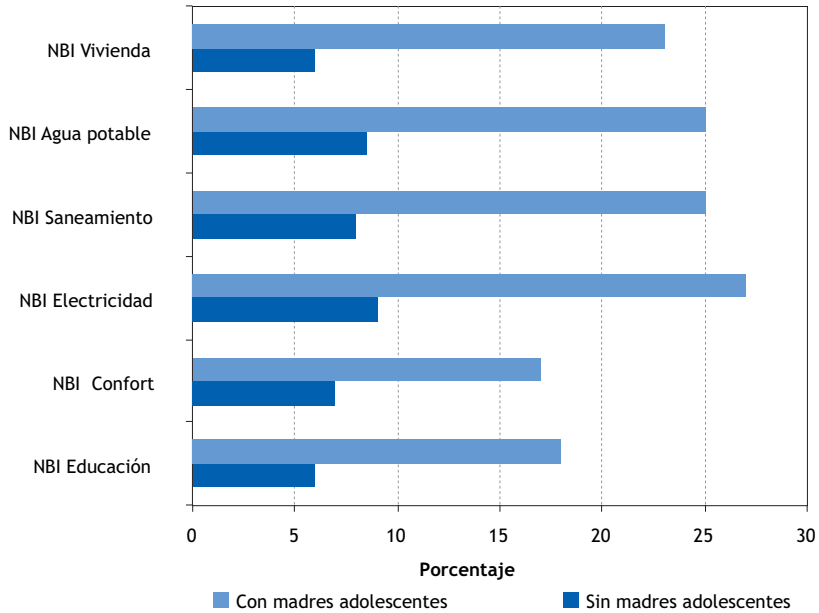
Las brechas que se observan en el comportamiento reproductivo de las adolescentes entre aquellos hogares con y sin carencias críticas dan cuenta de la vinculación entre la maternidad en esta etapa del ciclo de vida y la desigualdad social.

⁵ El nivel educativo se midió de acuerdo a los años de estudio aprobados, considerando las siguientes categorías: 1) hasta 6 años; 2) de 7 a 9 años, y 3) de 10 a 12 años.

⁶ El clima educativo del hogar es el promedio de años de educación acumulados por sus integrantes mayores de 18 años.

Gráfico 1

Uruguay, 2011: porcentaje de madres adolescentes según dimensiones de las NBI



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, censo de población de 2011.

La educación constituye un factor determinante del comportamiento reproductivo de las mujeres, que incide tanto en la edad al momento de tener el primer hijo como en la intensidad que alcanza la fecundidad en esta etapa del ciclo de vida. La literatura especializada muestra el efecto de la educación en el retraso de la edad al primer hijo más allá de la adolescencia (Pantelides, 2004; Stern, 2004; Varela, Fostik y Fernández, 2012; Rodríguez and Cavenaghi, 2013). En efecto, las adolescentes que acumulan más años de estudio son madres en menor proporción; concretamente, una de cada cuatro adolescentes uruguayas con menor cantidad de años de estudio (hasta 6 años) es madre, mientras que entre aquellas que acumulan entre 10 y 12 años la incidencia de la maternidad adolescente es del 3%.

El indicador de paridez media acumulada de las mujeres de entre 15 y 19 años permite constatar la misma relación entre fecundidad y educación. Todos los departamentos presentan el mismo patrón, aunque persisten diferencias territoriales. En las subpoblaciones con menor nivel educativo la paridez media acumulada llega a ser de 0,3 hijos por mujer en gran parte del país. Se trata de cifras muy elevadas, que dan cuenta del vínculo entre el bajo nivel de escolaridad y la fecundidad temprana.

Por su parte, el indicador del clima educativo del hogar refleja el capital educativo acumulado por sus integrantes adultos. Al considerar esta medida se realiza un análisis de los años de educación acumulados a nivel de los hogares —y no de las mujeres—, comparando entre aquellos que tienen o no al menos una madre adolescente (véase el cuadro 1).

En este caso, prácticamente todos los hogares que tienen entre sus integrantes una adolescente que es madre han acumulado hasta 6 años de educación (97,7%). Por su parte, los hogares con madres de este segmento etario que acumulan entre 7 y 9 años de escolaridad representan el 2,2%, y aquellos con 10 años no llegan a la unidad porcentual. En los hogares sin madres adolescentes se observa un clima educativo más elevado: uno de cada cinco acumulan entre 7 y 9 años de educación formal, y el 3% tiene 10 años y más de escolaridad. De este modo, se confirma la concentración de madres adolescentes en aquellos hogares con un clima educativo bajo. Las jóvenes socializadas en hogares con mayor capital educativo retrasan la edad de inicio de la maternidad. Esto a su vez se relaciona con las condiciones de bienestar o de privación social, que contribuyen con la permanencia o la expulsión de los adolescentes del sistema educativo (Heaton *et al.*, 2002).

Cuadro 1
Uruguay, 2011: porcentaje de hogares con y sin madres adolescentes, según clima educativo del hogar

	Sin madre adolescente	Con madre adolescente	Total
Hasta 6 años	76,0	97,7	76,1
De 7 a 9 años	20,9	2,2	20,8
10 años y más	3,1	0,1	3,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, censo de población de 2011.

Al analizar la composición de los hogares entre aquellos que cuentan entre sus integrantes con una madre adolescente y los que no, se observan diferencias destacables. En primer lugar, prácticamente seis de cada diez hogares con madres adolescentes conforman hogares extendidos, mientras que esta tipología representa el 15% entre aquellos sin madres de entre 15 y 19 años. El 35% de las madres adolescentes vive en hogares nucleares, que son los más habituales dentro de la población (60%). También se encuentra una diferencia importante entre los hogares compuestos: el 7% tiene al menos una madre adolescente entre sus integrantes y el 2,5% no (véase el cuadro 2).

La mayor representación de hogares extendidos y compuestos entre aquellos con madres adolescentes revela que la transición a la maternidad en esta etapa del ciclo de vida no implica la emancipación del hogar de origen.

Cuadro 2
Uruguay, 2011: porcentaje de hogares con y sin madres adolescentes, según la tipología del hogar

	Sin madre adolescente	Con madre adolescente	Total
Unipersonal	22,6	0,1	22,3
Nuclear	60,2	35,0	59,9
Extendido	14,8	57,5	15,2
Compuesto	2,5	7,4	2,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, censo de población de 2011.

Determinantes próximos de la fecundidad

Los determinantes próximos de la fecundidad son fundamentales a la hora de analizar el comportamiento reproductivo. Davis y Blake (1956) definen un grupo de variables que intervienen sobre el nivel de la fecundidad, que se vinculan con la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación. En esta cadena de eventos, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la nupcialidad, la anticoncepción, la infertilidad post-parto y el aborto son factores relevantes para analizar las tendencias de la fecundidad. Sin embargo, este esquema analítico no es suficiente como marco explicativo del comportamiento reproductivo, es necesario considerar además las condiciones sociales, culturales y económicas, así como las desigualdades de género (Zavala de Cosío, 2010). Este conjunto de factores interviene en el *timing* y el *quantum* de la fecundidad (Flórez y Soto, 2007).

Esta sección se centra en el análisis de algunos de estos determinantes en relación a la maternidad adolescente. Los indicadores seleccionados son: 1) la edad de inicio de las relaciones sexuales (exposición al riesgo de embarazo); 2) la unión, y 3) el uso de anticonceptivos (en la última relación sexual y el uso habitual). La comparación de estos indicadores por sexo muestra diferencias que aportan elementos al análisis del embarazo y la maternidad en esta etapa del ciclo de vida.

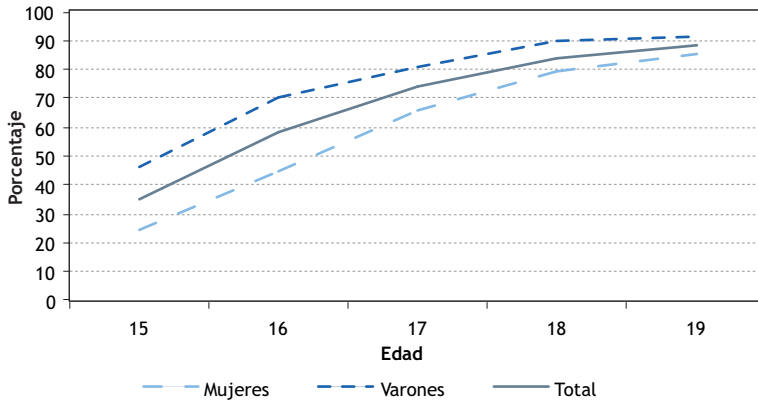
La exposición al riesgo de embarazo se mide mediante la edad de inicio de las relaciones sexuales. El gráfico 2 muestra un comportamiento bien diferenciado entre los varones y las mujeres: ellos comienzan su actividad sexual de forma más temprana; mientras que hacia 2008 un 45% de los varones ya habían iniciado su actividad sexual a los 15 años, la proporción de mujeres en esta situación se reducía al 24% por la misma fecha. Esta brecha se observaba en todas las edades, aunque iba disminuyendo a medida que aumentaba la edad. A los 19 años, un 9% de los varones aún no habían tenido relaciones sexuales, mientras que ese valor ascendía al 14% en el caso de las mujeres. La iniciación sexual más temprana de los varones respecto de las mujeres es un fenómeno vinculado a la socialización diferencial de ambos respecto de las prácticas sexuales socialmente aceptadas para unos y otras, que se asientan en la persistencia de la asignación diferencial de los roles de género (Zavala de Cosío, 2010).

La edad de inicio de las relaciones sexuales y la maternidad/paternidad presentan importantes diferencias al ser analizadas a partir de otros factores como el nivel de educación formal alcanzado⁷. El cuadro 3 muestra la interacción de la educación con la edad de inicio de la actividad sexual. Las adolescentes con niveles más elevados de educación formal retrasan la edad de inicio de las relaciones sexuales, mientras que entre los varones no se encuentran diferencias según esta variable. El 42% de las mujeres adolescentes que contaban con algunos años de escolaridad secundaria en 2008 no habían iniciado su vida sexual, mientras que aquellas con educación primaria

⁷ En este caso la educación se midió mediante dos categorías: primaria (hasta 6 años finalizados, inclusive) y secundaria (haber ingresado a este nivel, sin especificar los años acumulados).

en esta situación representaban el 26%. Entre los varones este indicador alcanzaba el 26% y el 24%, respectivamente. El retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales de los varones aparece más desvinculado del nivel de educación alcanzado, lo que podría relacionarse con una mayor aprobación social del ejercicio de la sexualidad temprana para ellos. Los roles de género estarían interviniendo más decisivamente que la educación.

Gráfico 2
Uruguay, 2008: porcentaje de adolescentes que iniciaron su actividad sexual según edad, por sexo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2008.

Entre los iniciados sexualmente, la educación genera brechas tanto entre las mujeres como entre los varones. Esto opera fundamentalmente entre quienes comienzan la actividad sexual antes de los 14 años.

Cuadro 3
Uruguay, 2008: edad de inicio de la actividad sexual entre los adolescentes (15 a 19 años), por sexo y nivel de escolaridad
(En porcentajes)

	Varones		Mujeres	
	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria
No tuvo	25,5	24,2	41,6	25,7
Antes de los 14 años	10,3	18,5	2,3	7,4
14 años	17,5	22,8	6,6	14,6
15 años	23,1	22,3	17,1	16,5
16 años	14,9	8,5	15,7	19,1
Luego de los 16 años	8,6	3,7	16,7	16,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2008.

Entrar en una unión conyugal es otro determinante próximo que incrementa la exposición al riesgo de la fecundidad. El cuadro 4 muestra que un porcentaje relevante de mujeres y varones que iniciaron la trayectoria reproductiva se encuentran unidos (35% y 39%, respectivamente)⁸. Pero, por otra parte, también se destaca el elevado porcentaje de adolescentes que, habiendo tenido al menos un hijo, no se encuentran unidos (65% de las mujeres y 61% de los varones). Esto da cuenta de que el fenómeno de la maternidad y la paternidad en esta etapa de la vida no implica necesariamente la conformación de una pareja, y tampoco la emancipación del hogar de origen. En tanto, casi la totalidad de los y las adolescentes que no tuvieron hijos no están unidos. Si bien no es posible saber si nunca han estado en una unión, en esta etapa del ciclo de vida es más probable que ese evento todavía no se haya experimentado.

Cuadro 4
Uruguay, 2008: porcentaje de adolescentes según situación conyugal,
por condición de maternidad/paternidad y sexo

	Varones		Mujeres	
	No tuvo hijo	Tuvo hijo	No tuvo hijo	Tuvo hijo
No unido/a	99,3	61,1	97,5	65,2
Unido/a	0,7	38,9	2,5	34,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2008.

El uso de métodos anticonceptivos constituye una de las variables fundamentales que explican el comportamiento reproductivo. En la adolescencia, la adopción y la regularidad del uso de estos métodos resultan particularmente complejas. Los cuadros 5 y 6 ejemplifican esta complejidad.

En relación al uso de anticoncepción en la última relación sexual, el 42% de las mujeres adolescentes que eran madres en 2008 manifestaron no haber utilizado ningún método, mientras que entre aquellas que no lo eran, la incidencia de la falta de uso se reducía a menos de la mitad (20%) en la misma fecha. Entre los varones adolescentes el uso de algún método de anticoncepción parece estar más extendido, pues los niveles de no uso disminuían a casi la mitad de los valores registrados por las mujeres, tanto para aquellos que eran padres (24%) como para los que no (13%) (véase el cuadro 5).

Los datos de uso habitual de anticoncepción presentan niveles mucho mayores que los de empleo en la última relación sexual. Si bien las brechas por sexo y por condición de maternidad o paternidad son las mismas, los hombres registran un mayor uso

⁸ Se debe tener en cuenta que la situación conyugal a la que se alude es la que tenía la o el adolescente al momento de ser encuestado, es decir, puede ser que la condición de unión no sea la que tenía al momento del embarazo y de tener el hijo. Por ello, no es posible vincular esta variable con una mayor propensión a iniciar la trayectoria reproductiva.

de anticoncepción que las mujeres. Asimismo, tanto los hombres como las mujeres adolescentes que no han sido padres presentan un mayor porcentaje de uso (véase el cuadro 6).

Cuadro 5

Uruguay, 2008: porcentaje de adolescentes según uso de anticoncepción en la última relación sexual, por condición de maternidad/paternidad y sexo

	Varones		Mujeres	
	No tuvo hijo	Tuvo hijo	No tuvo hijo	Tuvo hijo
Usó método	87,0	76,4	79,6	58,0
No usó método	13,0	23,6	20,4	42,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2008.

Cuadro 6

Uruguay, 2008: porcentaje de adolescentes según uso habitual de anticoncepción, por condición de maternidad/paternidad y sexo

	Varones		Mujeres	
	No tuvo hijo	Tuvo hijo	No tuvo hijo	Tuvo hijo
Usa	96,9	91,7	93,4	88,3
No usa	3,1	8,3	6,6	11,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2008.

Las incongruencias observadas entre el uso de anticonceptivos en la última relación sexual y su uso habitual revelan la irregularidad de la protección de los adolescentes en sus relaciones sexuales, tanto para evitar embarazos no deseados como enfermedades de transmisión sexual. Este fenómeno está asociado, entre otras cosas, a su percepción de invulnerabilidad, al escepticismo frente a la efectividad de los métodos anticonceptivos y al deseo de complacer a la pareja (Flórez y Soto, 2007).

Es llamativo que entre los varones el uso de métodos anticonceptivos, tanto el empleo habitual como en la última relación sexual, es siempre más elevado que entre las mujeres. De todos modos, hay que destacar que se trata de una declaración, es decir, una afirmación discursiva que puede no coincidir con las prácticas. También se debe tener en cuenta que estas preguntas no hacen posible un análisis biográfico que permita conocer si cuando las adolescentes quedaron embarazadas habían utilizado métodos anticonceptivos.

El inicio de la maternidad en la etapa adolescente es un fenómeno multidimensional, y se vincula entre otros, como ya se dijo, con los determinantes próximos de la fecundidad, las desigualdades sociales y de género persistentes. Estas se reflejan en distintas conductas, como la forma en que los varones establecen las relaciones afectivas y sexuales con las mujeres, el uso de anticoncepción y la prevención de en-

fermedades de transmisión sexual, la distribución del trabajo doméstico, la crianza de los hijos, entre otras (Zavala de Cosío, 2010).

En suma, las variables analizadas en esta sección —particularmente la edad de inicio de la actividad sexual y la inconsistencia en el uso de la anticoncepción—, y sus diferencias entre mujeres y hombres, muestran la vinculación de estos factores con la maternidad en la adolescencia y también señalan la persistencia de las desigualdades de género. Estos factores agregan elementos a los determinantes sociales que caracterizan a la fecundidad en la adolescencia, y que constituyen algunos de los componentes que estarían contribuyendo a su resistencia a un mayor descenso en Uruguay.

Factores explicativos de la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente

El análisis descriptivo de los determinantes sociales y próximos de la fecundidad procura orientar hacia explicaciones sobre los posibles focos de resistencia a la disminución de la maternidad durante la adolescencia. Intentando complementar y profundizar el alcance de este análisis, en este apartado se plantea un modelo estadístico para determinar aquellas variables que pueden explicar la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Para ello se aplicó una regresión *probit* de función normal, tomando como variable dependiente la condición de maternidad entre los 15 y los 19 años, que puede adoptar dos valores: 1 = ser madre y 0 = no ser madre. La fuente de datos utilizada fue el censo de 2011, considerando como universo a las mujeres de entre 15 y 19 años (123.771 en total). Las variables explicativas o regresores del modelo que se consideraron fueron:

- Determinantes próximos: situación conyugal (unida = 1, no unida = 0).
- Características individuales: condición de actividad en el mercado laboral (activa = 1, inactiva = 0), ascendencia étnico-racial (afro = 1, no-afro = 0), años de educación, mediante las tres categorías utilizadas en las estadísticas descriptivas (1 = hasta 6 años, 2 = entre 6 y 9 años, 3 = 10 años y más).
- Características del hogar: necesidades básicas insatisfechas por cada una de las dimensiones que componen el indicador (vivienda, elementos de confort, electricidad, saneamiento, agua y educación). Cada variable tomó el valor 1 si la mujer vivía en un hogar con esa carencia y 0 si la necesidad se encontraba cubierta. Para la educación del hogar se emplearon las mismas categorías utilizadas en las estadísticas descriptivas (1 = hasta 6 años, 2 = entre 6 y 9 años, 3 = 10 años y más).

El modelo es globalmente significativo, con un 92% de clasificaciones correctas. Todas las variables, salvo la de NBI relativa a la electricidad⁹, fueron significativas (véase el cuadro 7).

⁹ Se decidió incluir en el modelo los seis indicadores construidos para medir la pobreza según el método de las NBI, a pesar que los niveles de carencias de agua potable, saneamiento y electricidad son muy bajos en el total del país (3,8%, 5,1% y 0,7%, respectivamente) (Calvo *et al.*, 2013).

Cuadro 7
Uruguay, 2011: resultados del modelo *probit* considerando como variable dependiente la maternidad adolescente

	Coefficiente	Error estándar	Efecto marginal
unida	1,449	0,014	0,321
activa	0,206	0,013	0,023
afro	0,077	0,019	0,008
nbi_vivienda	0,452	0,014	0,057
nbi_aguapot	-0,155	0,026	-0,014
nbi_electricidad	0,037	0,058	0,004
nbi_saneamiento	0,084	0,021	0,009
nbi_confort	0,040	0,014	0,004
nbi_educación	0,282	0,014	0,032
años educación (6-9)	-0,141	0,016	-0,014
años educación (10 y +)	-0,450	0,021	-0,042
clima educativo (6-9)	-0,181	0,028	-0,016
clima educativo (10 y +)	-0,608	0,026	-0,088
constante	-1,256	0,026	
Número de observaciones			123771
Pseudo R cuadrado			0,322
Prob > chi2			0,000
Máxima verosimilitud			-26396,89
Casos positivos clasificados correctamente			62,56%
Casos negativos clasificados correctamente			93,57%
Porcentaje global de casos clasificados correctamente			91,78%

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística (INE) Uruguay, censo de población de 2011.

Estar unida, ser económicamente activa, ser afrodescendiente y presentar alguna de las NBI en el hogar registran una relación positiva con la probabilidad de ser madre antes de los 20 años, mientras que acumular mayor capital educativo tiene una relación negativa con la variable dependiente.

Es importante tener en cuenta que tanto los atributos de las adolescentes como los de sus hogares reflejan la situación al momento de realización del censo de 2011, cuando su condición de maternidad ya estaba dada. Es decir, salvo la ascendencia étnico-racial, la situación en el conjunto de las variables independientes seleccionadas puede haber variado desde el momento en que fueron madres hasta el del relevamiento censal. De hecho, varios de los atributos pueden haberse modificado como consecuencia de la maternidad, por lo tanto, deben considerarse con cautela a la hora de interpretarlos como factores explicativos.

La variable que tiene mayor efecto sobre la probabilidad de ser madre en la adolescencia es la de estar unida (32%), es decir, estar viviendo en pareja al momento del relevamiento censal, aunque este dato no necesariamente indica que la adolescente se encontraba unida al momento de ser madre (véase el cuadro 7).

Otra variable relevante es que la adolescente se encuentre desempeñando una actividad laboral. Una vez más, al no contar con información acerca de la secuencia en que se producen los eventos —inicio de la maternidad y potencial entrada al mercado laboral—, no se puede afirmar que la actividad económica se configure como factor explicativo, aunque sí se pueden plantear dos hipótesis posibles: 1) que la maternidad empuje a las adolescentes a insertarse en el mercado de trabajo como forma de sostener económicamente la crianza de sus hijos, y 2) que las adolescentes ya eran económicamente activas al momento de ser madres, debido a trayectorias de vida más vulnerables, en las que probablemente la entrada temprana al mercado de trabajo se encuentre asociada a su vez con un abandono temprano del sistema educativo. Un trabajo anterior mostró que insertarse en el mercado laboral tempranamente aumenta el riesgo de tener el primer hijo, aunque entre los eventos de la transición a la vida adulta es el que presenta menor probabilidad (Varela y Fostik, 2011).

En cuanto a la variable de ascendencia étnico-racial, si la adolescente declara tener ascendencia afro la probabilidad de ser madre aumenta un 1,3%. Los resultados son consistentes con los antecedentes sobre el tema, que muestran que las mujeres afrodescendientes uruguayas presentan un calendario reproductivo más temprano y una paridez media final mayor (Cabella, Nathan y Tenenbaum, 2013).

El efecto de las necesidades básicas insatisfechas, medido por los seis indicadores descritos anteriormente, presenta una relación positiva con la probabilidad de ser madre adolescente —salvo la disponibilidad de agua potable en la vivienda. Se constata que las mujeres más expuestas al riesgo de ser madres durante la adolescencia son aquellas que residen en hogares con carencias en las dimensiones de vivienda y educación, que pueden considerarse como aquellas que dan cuenta de condiciones más estructurales de pobreza.

Como es de esperarse, los años de educación formal aprobados, tanto de la adolescente como de los miembros adultos del hogar —lo que se ha denominado clima educativo—, presentan una relación negativa con la probabilidad de ser madre. A medida que acumulan más años de educación, tanto la adolescente como los mayores del hogar, el riesgo de ser madre disminuye progresivamente, pero el clima educativo del hogar tiene un efecto mayor que la educación de la propia adolescente. Si los miembros adultos del hogar superan los 9 años de educación —el ciclo básico—, la probabilidad disminuye casi en un 9%, mientras que si no superan ese nivel el efecto se reduce al 2%. En tanto, si la adolescente acumula más de 9 años de escolaridad el riesgo disminuye en un 4%, mientras que si no alcanza ese nivel la incidencia desciende en menos de un 2%.

De manera consistente con las estadísticas descriptivas presentadas en los dos apartados previos, el análisis del modelo permite establecer con mayor robustez que aquellas variables que más intervienen en la probabilidad de ser madre adolescente, y que orientan acerca de los principales factores de resistencia al descenso de la fecundidad, son la situación conyugal, la actividad en el mercado laboral y los años de educación alcanzados a nivel individual, y las necesidades básicas insatisfechas en materia de vivienda y educación y el clima educativo a nivel del hogar.

Reflexiones finales

Luego de la realización de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, en 1994, el Estado uruguayo emprendió una serie de acciones dirigidas a universalizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de toda la población, y específicamente a la implementación de programas dirigidos a los adolescentes. Si bien esto se ve reflejado en el descenso del nivel de la fecundidad adolescente en el período intercensal (1996 y 2011), la incidencia del fenómeno continúa siendo más elevada que la registrada en la década de 1960, y el ritmo de su descenso muestra un estancamiento respecto al nivel de la fecundidad total.

El análisis territorial puso en evidencia que en el período intercensal disminuyó la fecundidad adolescente tanto en los 19 departamentos del país como en todos los barrios de Montevideo. Sin embargo, aún se observan importantes brechas territoriales que se han profundizado en estos últimos 15 años, vinculadas con la distribución socioeconómica de la población en el territorio, particularmente en la capital del país.

El análisis descriptivo revela que la maternidad en la adolescencia presenta una clara diferenciación de acuerdo a la situación social, determinada entre otras dimensiones por las condiciones de privación social y por los años de asistencia a la educación formal.

Los dos indicadores de educación utilizados –tanto a nivel de la adolescente como del hogar– confirman que cuanto mayor es la acumulación de capital educativo, menor es la incidencia de la maternidad adolescente. La mayoría de las mujeres de este segmento etario que son madres, así como de los mayores de edad que integran sus hogares, difícilmente superan los 6 años de educación formal.

La iniciación sexual de los adolescentes, tanto mujeres como varones, comienza mayoritariamente a edades tempranas (antes de los 16 años), lo que implica incrementar el riesgo de exposición al embarazo en esta etapa del ciclo vital cuando se produce un uso irregular de métodos anticonceptivos. Entre las mujeres, este fenómeno se incrementa cuanto más baja es la escolaridad, y en esos casos la maternidad alcanza niveles más elevados.

El retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales de los varones aparece más desvinculado de la educación formal lograda que en el caso de las mujeres, lo que podría relacionarse con una mayor aprobación social del ejercicio de la sexualidad temprana para ellos. En este sentido, los roles de género estarían interviniendo más que la educación alcanzada.

Se constata también una incongruencia entre el uso habitual de métodos anticonceptivos y su empleo durante la última relación sexual. En este último caso se registran menores niveles de uso que en el primero, lo que evidencia que algunos adolescentes tienen relaciones sexuales sin adoptar prácticas de prevención frente al embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

El análisis mediante el modelo estadístico permite establecer con mayor robustez que aquellas variables que más inciden en la probabilidad de ser madre adolescente,

y que orientan sobre los principales factores de resistencia al descenso de la fecundidad en este tramo etario, son la situación conyugal, la actividad en el mercado laboral, los años de escolaridad alcanzados –tanto por la adolescente como por los adultos de su hogar– y los niveles de privación social.

En suma, los resultados de este trabajo contribuyen a avanzar en algunos de los factores que estarían interviniendo como focos de resistencia a la disminución de la fecundidad en la adolescencia. El contexto de socialización en hogares con un bajo clima educativo, las condiciones de vida vulnerables y el bajo nivel de educación formal de las jóvenes constituyen factores clave en la conformación del piso de resistencia a la baja de la maternidad en la adolescencia. Estos factores estructurales indicativos de la disparidad social, y la persistencia de las desigualdades de género, intervienen en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes que promueve el inicio de la maternidad en esta etapa del ciclo de vida.

Es claro que los impulsos iniciados a partir de la CIPD han tenido sus efectos sobre el ejercicio de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva en Uruguay, pero aún restan importantes desafíos por asumir en este campo, y asuntos pendientes en relación a las políticas sociales que permitan trascender ese “umbral”.

Referencias

- Amorín, David; Carril, Elina y Varela Petito, Carmen (2006), “Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo”, en López, Alejandra (comp.), *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, Montevideo: Trilce, Tomo I.
- Cabella, Wanda; Nathan, Mathías y Tenenbaum, Mariana (2013), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. La población afro-uruguaya en el Censo 2011*, Montevideo: Trilce, fascículo 2.
- Calvo, Juan José; Borrás, Víctor; Cabella, Wanda; Carrasco, Paula; De los Campos, Hugo; Koolhaas, Martín; Macadar, Daniel; Nathan, Mathías; Núñez, Santiago; Pardo, Ignacio; Tenenbaum, Mariana y Varela, Carmen (2013), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*, Montevideo: Trilce, fascículo 1.
- Casique, Irene (2012), “Violencia en el noviazgo y uso del condón entre los jóvenes en México”, en *Boletín Informativo de la Sociedad Mexicana de Demografía*, México, D.F.: Sociedad Mexicana de Demografía.
- Cavenaghi, Suzana (2013), “Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de las jóvenes en el Brasil: desigualdades territoriales”, en *Notas de Población*, Santiago (Chile): CELADE-CEPAL, N° 96.
- Corrêa, Humberto (2009), *A maternidade na adolescência e a educação formal: convergência e divergência interpretativas a partir de uma avaliação do censo demográfico 2000*, Prêmio ENCE 50 anos, O censo 2000 e a pesquisa social no Brasil, Rio de Janeiro: IBGE-Escuela Nacional de Ciencias Estadísticas.

- Davis, Kingsley and Blake, Judith (1956), "Social Structure and Fertility: an analytic framework", in *Economic and Cultural Change*, Chicago: The University of Chicago Press, Vol. 4, N°3.
- De Oliveira, Orlandina y Mora Salas, Minor (2008), "Desigualdades sociales y transición a la adultez en el México contemporáneo", en *Papeles de Población*, México, D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México, Vol. 57, julio-setiembre.
- Flórez, Carmen Elisa y Soto, Victoria (2007), "Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia", en *Notas de Población*, Santiago (Chile): CELADE-CEPAL, N° 83.
- Furstenberg, Frank (2007), *Destinies of the disadvantage: The Politics Of Teenage Childbearing*, Nueva York: Russel Sage Foundation.
- Heaton, Tim; Forster, Renata and Otterstrom, Samuel (2002), "Family transitions in Latin America", in *First Intercourse, first union and first birth*, in <http://www.researchgate.net/publication/229918003_Family_transitions_in_Latin_America_first_intercourse_first_union_and_first_birth>, access October 6, 2014.
- Llanes Dias, Nathaly (2012), "Ser madre adolescente y dejar la escuela. Replanteamientos y consideraciones", Ponencia presentada en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Montevideo, 23 al 26 de octubre.
- López Gómez, Alejandra; Abracinskas, Lilián y Furtado, Magdalena (2009), "Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción", en *Serie de divulgación*, Montevideo: UNFPA, N° 4.
- Pantelides, Edith (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescentes en América Latina", CELADE-CEPAL (comp.), *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago (Chile): CEPAL.
- Rodríguez, Jorge (2003), "La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición", en *Serie Población y desarrollo*, Santiago (Chile): CEPAL, N° 46.
- _____ (2014), *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*, Santiago (Chile): CEPAL.
- Rodríguez, Jorge and Cavenaghi, Suzana (2013), "Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played?", Paper presented at the XXVII International Population Conference, Busan, 26-31 August.
- Stern, Claudio (2004), "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", en *Papeles de Población*, México, D.F.: Universidad Autónoma del Estado de México, N° 39.

- Stern, Claudio y García, Elizabeth (2001), “Hacia un enfoque en el campo del embarazo adolescente”, en Stern, Claudio y Figueroa, Juan Guillermo (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, D.F.: El Colegio de México.
- Varela Petito, Carmen y Fostik, Ana (2011), “Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?”, en *Revista Latinoamericana de Población*, Buenos Aires: ALAP, Año 5, Número 8, enero-junio.
- Varela Petito, Carmen; Fostik, Ana y Fernández Soto, Mariana (2012), “Maternidad en la juventud y desigualdad social”, en *Cuadernos del UNFPA*, Montevideo: UNFPA, N°6.
- Varela Petito, Carmen; Pardo, Ignacio; Lara, Cecilia; Nathan, Mathías y Tenenbaum, Mariana (2014), *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo*, Montevideo: Trilce, fascículo 3.
- Zavala de Cosío, María Eugenia (2010), “Familia y relaciones de género en América Latina”, Ponencia presentada en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, 16 al 19 de noviembre.

Iniciación sexual, unión en pareja y nacimiento del primer hijo de los jóvenes en Chiapas, 2010

María de Jesús Ávila Sánchez¹
José Alfredo Jáuregui Díaz²

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar los calendarios, la secuencia y los factores que afectan las transiciones a la iniciación sexual, la unión y el nacimiento del primer hijo de acuerdo con el sexo, la cohorte de nacimiento, el lugar de residencia y la condición étnica. El análisis se basa en datos de los jóvenes de Chiapas (México) nacidos entre 1981 y 1998, y se limita a observar la transición a estos tres eventos hasta los 29 años de edad, utilizando como fuente de información la Encuesta Nacional de Juventud de 2010. Para este examen se aplicó un análisis de historia de eventos (*event history analysis*), se calcularon tablas de vida y se elaboró un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Los resultados revelan importantes cambios en el calendario de la iniciación sexual, la primera unión en pareja y el primer hijo entre los jóvenes en Chiapas en los últimos años. El riesgo de experimentar estos tres eventos vitales parece haberse retrasado de manera significativa en las cohortes más jóvenes, tanto entre los indígenas como entre los no indígenas.

Palabras clave: jóvenes, transición a la adultez, iniciación sexual, Chiapas, México.

¹ Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León (marycolef@yahoo.com).

² Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León (alfjadi@yahoo.com.mx).

Introducción

El inicio de la vida conyugal es fundamental en el curso vital de las personas, ya que marca una de las transiciones a la adultez que supone la asunción de un nuevo papel social (Parrado y Zenteno, 2005). En Chiapas algunos estudios consideran que, en la mayoría de los casos, también marca el inicio de la vida reproductiva (Evangelista, Tinoco y Tuñón, 2010).

Pocos estudios han examinado la temporalidad, la secuenciación y los factores asociados a la iniciación sexual, la unión en pareja y el nacimiento del primer hijo en Chiapas; además, existe un conocimiento limitado de los cambios que se han producido en tales aspectos dentro de esta entidad federativa entre diferentes zonas de residencia y grupos sociales (Evangelista y Kauffer, 2007 y 2009; Reartes, 2011), en gran medida como resultado de la escasez de datos. Por otra parte, no hay estudios sobre la iniciación sexual en Chiapas que utilicen el análisis de supervivencia, que es el método más apropiado para el estudio del grupo de 15 a 29 años de edad, debido a la censura de los datos (Echarri y Pérez, 2004), pese a que prevalece una iniciación sexual temprana y en condiciones inseguras entre los jóvenes chiapanecos.

El objetivo de este estudio es examinar los patrones dominantes de la edad de iniciación sexual, la unión en pareja³ y el nacimiento del primer hijo a partir de un análisis comparativo entre diferentes zonas de residencia y grupos sociales. En primer lugar, se describe la forma en que la edad de estos tres acontecimientos vitales varía según la cohorte de nacimiento, el contexto de residencia y la condición étnica de los jóvenes. En segundo lugar, se examina la relación entre la iniciación sexual y la primera unión en pareja, y entre esta unión y el nacimiento del primer hijo, mediante el análisis de la secuencia de los eventos. Por último, se emplean modelos de riesgos proporcionales de Cox para analizar el modo en que los eventos de interés varían de acuerdo a la cohorte, el sexo, el contexto de residencia, la condición étnica, la religión que se profesa y el nivel educativo alcanzado.

Se parte del supuesto que la transición a la vida en pareja, que incluye la iniciación sexual y reproductiva, tiene efectos en las etapas posteriores del curso de vida, y que depende de las características sociales y culturales de los jóvenes y de la estructura de oportunidades en la que se desenvuelven.

Este estudio se basa en un enfoque comparativo entre distintos grupos de jóvenes definidos por sus características sociales y culturales, así como por el contexto de residencia —urbano o no urbano— y por su condición étnica —indígena y no indígena. Estos grupos no son homogéneos, pero han seguido trayectorias similares y se enfrentan a los mismos desafíos aunque en distintos grados, ya que muestran diferentes intensidades en el nivel de la fecundidad.

³ A lo largo del texto se utilizarán indistintamente las expresiones “matrimonio” o “unión en pareja”, pero en rigor no se distinguió según la legalidad o institucionalización del vínculo.

El análisis se basa en datos sobre mujeres y varones nacidos entre 1981 y 1998 residentes en Chiapas, y se limita a observar la transición a la primera relación sexual, el matrimonio o unión y el primer hijo hasta los 29 años de edad, considerando como fuente primaria de información la Encuesta Nacional de Juventud de 2010 (ENJ2010).

El artículo está estructurado en cuatro apartados: en el primero se aborda un marco de referencia para el estudio de la transición sexual, matrimonial y reproductiva; en el segundo se hace hincapié en el modelo para el análisis de la temporalidad y la secuencia del calendario de los eventos. El tercer apartado, en tanto, trata en la primera parte sobre el calendario de los eventos, y después se examinan su secuenciación y el efecto de las características sociodemográficas y culturales sobre el riesgo de que ocurran los eventos de iniciación sexual, matrimonio y nacimiento del primer hijo. En la cuarta parte se sintetizan los principales hallazgos de la investigación.

Marco de referencia para el estudio de la transición sexual, matrimonial y reproductiva

La iniciación sexual es un evento crucial en la transición a la edad adulta y una preocupación para los programas de salud reproductiva en todo el mundo. Las evidencias sugieren que el momento en que ocurre este evento tiene enormes consecuencias para la salud y el bienestar de los jóvenes, por su relación con comportamientos poco saludables a lo largo de su vida.

Los jóvenes que se inician sexualmente antes de los 14 años presentan un mayor riesgo de embarazo no deseado, así como de experimentar una maternidad o paternidad precoz⁴ (Van Roode *et al.*, 2012). La iniciación sexual a edad temprana se ha relacionado con un aumento de los comportamientos de riesgo sexual (Sandfordt *et al.*, 2008); en este caso, los adolescentes tienen un riesgo mayor de contraer VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual (Juárez *et al.*, 2010), además de una mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección (Blanc and Way, 1998).

En Chiapas, las tasas de fecundidad adolescente y de embarazos no deseados son altas entre los jóvenes (Jáuregui y Ávila, 2002; Villers, 2003; Tuñón y Nazar, 2004; Villagómez, Mendoza y Valencia, 2011; Ávila, 2012), como consecuencia de una iniciación sexual temprana, que en muchos casos ocurre en condiciones inseguras. Evangelista y Kauffer (2007) señalan que entre los hombres indígenas y no indígenas que residen en contextos tanto urbanos como no urbanos la iniciación sexual continúa haciéndose con una trabajadora del sexo comercial, lo que incrementa el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, práctica que es consentida por familiares y amigos.

Entre los jóvenes chiapanecos existe una gran heterogeneidad de trayectorias sexuales y reproductivas, asociadas a la imposibilidad a la que se enfrentan para ejercer la sexualidad con sus pares antes y fuera del matrimonio, debido a las normas de género

⁴ Suponiendo que vivir con una pareja expone a las personas a la actividad sexual regular, de esta manera la formación de parejas aumentará la probabilidad de concepción.

impuestas a hombres y mujeres para ese ejercicio. También contribuye a esta heterogeneidad la diversidad cultural: el 27,3% de su población de 10 a 29 años es hablante de una lengua indígena, y dentro de este grupo, el 38,5% son mujeres monolingües⁵. A ello se suma el elevado grado de marginación, pobreza y desigualdad social en la que viven los jóvenes en las comunidades en las que se desenvuelven (CONEVAL, 2010).

En los últimos años se han experimentado en Chiapas una serie de cambios en el campo económico, como la implementación de un modelo maquilador de exportación en algunas comunidades no urbanas e indígenas, además de la migración internacional hacia Estados Unidos (Jáuregui y Ávila, 2007). Esto ha generado nuevos patrones culturales y una reestructuración de la vida comunitaria, junto a la secularización y al mayor acceso a la información, que pudieran estar promoviendo una serie de cambios en la temporalidad de las relaciones sexuales y de las uniones conyugales de los jóvenes pertenecientes a diferentes grupos sociales. Estos procesos han sido documentados por Evangelista y Kauffer (2007 y 2009) y Reartes (2011) a partir de sus investigaciones cualitativas entre los jóvenes que habitan espacios no urbanos y que hablan una lengua indígena.

Estos procesos tienen una especial importancia, ya que los comportamientos sexuales y reproductivos de los jóvenes adquieren distintos significados a través del tiempo y según el espacio social de convivencia (Menkes y Suárez, 2004). En este sentido, la forma en que las y los jóvenes actúan frente a la unión conyugal y las prácticas sexuales y reproductivas tiene una estrecha relación con el contexto social y cultural.

Relación entre iniciación sexual, matrimonio y primer hijo

Debido a que en la sociedad chiapaneca continúa predominando la norma moral del matrimonio católico⁶, que prohíbe la iniciación sexual antes y fuera del matrimonio, se espera que esa iniciación sexual y reproductiva de los jóvenes siga una secuencia normalizada de acontecimientos en la que primero debe suceder el matrimonio.

Entre los jóvenes chiapanecos la fuerza de la relación entre iniciación sexual y matrimonio o unión en pareja continúa siendo fuerte, principalmente para las mujeres. De acuerdo con la ENJ2010, el 72,4% de los hombres y el 97,1% de las mujeres de 15 a 24 años sexualmente activos están casados o viven en una unión conyugal.

La diferencia entre mujeres y hombres se explica por la normatividad de género imperante, que marca diferencias en el significado que la iniciación sexual tiene para unos y otras, que además están atravesadas por el grupo social de pertenencia (Evangelista y Kaufer, 2007; Ayús *et al.*, 2005). Esta normatividad establece que las

⁵ Es decir, hablan solo su lengua materna y no el español. El monolingüismo es más frecuente entre las mujeres, con una relación de inequidad de 2 a 1, es decir, por cada hombre hay dos mujeres monolingües, producto de las desigualdades de género, el confinamiento doméstico y la escasa interacción con los hablantes de castellano (Jáuregui y Ávila, 2002).

⁶ El modelo de matrimonio católico se caracteriza por la libre elección del cónyuge, la ausencia de obligación del pago de la dote, la monogamia, la indisolubilidad, la prohibición de las relaciones sexuales premaritales y el carácter reproductivo.

mujeres solteras no deben iniciar su actividad sexual antes del matrimonio para cumplir con la exigencia de la virginidad para su pareja, pues en no pocos casos la pérdida de la virginidad se vive como un drama sociopersonal (Ayús *et al.*, 2005). Para los hombres, en tanto, la iniciación sexual fuera del matrimonio se considera como una prueba de ingreso a la masculinidad (Evangelista, Tinoco y Tuñón, 2010).

Estos valores continúan vigentes entre los jóvenes chiapanecos, ya que el 49,1% de las mujeres y el 44,7% de los hombres estaban totalmente de acuerdo en que la mujer debería llegar virgen al matrimonio. De acuerdo con la ENJ2010 esta cifra fue del 42,5% entre los jóvenes residentes en el ámbito urbano y ascendió al 49,4% en los que viven en contextos no urbanos.

A la secuencia normativa debe agregarse el nacimiento del primer hijo, que debería ocurrir después de la iniciación sexual y el matrimonio. Para el caso de México, Echarrí y Pérez (2004) han encontrado que entre los jóvenes ambos eventos muestran una estrecha temporalidad, ya que continúa predominando un compromiso explícito entre matrimonio e inicio de la vida reproductiva.

Sin embargo, la evidencia en México y otras partes del mundo muestra que los jóvenes están experimentando una iniciación sexual temprana desvinculada del matrimonio (Menkes y Suárez, 2004), comportamiento que no se acopla a la secuencia normativa. En este sentido, Bozón, Gayet y Barrientos (2009) sugieren que, a medida que los países experimentan diferentes grados de modernización, puede haber un desacoplamiento entre la iniciación sexual, el matrimonio y la reproducción. Se ha documentado que las normas tradicionales del matrimonio precoz o tabúes contra el sexo prematrimonial tienden a debilitarse con el tiempo debido al aumento de la modernización, la urbanización y la migración (Evangelista y Kauffer, 2007; Reartes, 2011).

Dado que en Chiapas se está atravesando por estos procesos, junto a un mayor acceso a los métodos anticonceptivos, podrían estar propiciándose variaciones en el lapso de tiempo y la secuencia del calendario entre los eventos analizados en los diferentes contextos y grupos sociales a los que pertenecen los jóvenes. Se pudiera estar produciendo un mayor alejamiento de la secuencia normativa en algunos grupos sociales más susceptibles a la modernización y la libertad sexual, como los jóvenes urbanos y no indígenas, que además presentan una baja fecundidad, mientras que en el caso de las mujeres no urbanas e indígenas la tendencia podría apuntar a ajustar su comportamiento a “la norma”.

Características sociales y culturales

Algunos estudios se han centrado en las relaciones entre la iniciación sexual, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo, mientras que otros han analizado una serie de factores sociales y culturales por su influencia en la ocurrencia de estos eventos, asociando varias características de las personas y sus comunidades con los cambios en el comportamiento sexual y reproductivo, relación señalada en la teoría de la transición de la fecundidad (Mier y Terán, 2011). En este trabajo se examina la influencia de algunas características sociales y culturales, tales como la cohorte de nacimien-

to, el sexo, el nivel de escolaridad, la religión, la condición étnica, el contexto de residencia y el estrato social de pertenencia de los jóvenes, en la ocurrencia de la iniciación sexual, la unión en pareja y el primer hijo.

La diferenciación del contexto de residencia urbano y no urbano es importante debido a la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, las creencias culturales y las condiciones de vida imperantes en uno y otro. En México, la edad al momento de la primera relación sexual ha sido menor en ámbitos no urbanos e indígenas en comparación con las áreas urbanas⁷. Sin embargo, Rojas y Castrejón (2008) encontraron que los jóvenes de estratos socioeconómicos muy bajos de áreas urbanas marginadas fueron más propensos a tener una actividad sexual temprana que los jóvenes no urbanos, lo que muestra que el contexto urbano o no urbano, en combinación con el estrato social, podrían influir en la edad de la iniciación sexual.

Se ha demostrado la existencia de una fuerte correlación entre el nivel de educación formal, la reducción de la fecundidad y el retraso de la unión en pareja (Schkolnik y Chackiel, 2004). En México, el incremento de los niveles de escolaridad de las mujeres es la variable que más impacto ha tenido en la transformación de sus trayectorias de vida (Tuirán, 1999). Entre los jóvenes chiapanecos se espera que la asistencia escolar se asocie a una menor probabilidad de unión en pareja y nacimiento del primer hijo en esta etapa del ciclo vital, ya que pueden decidir postergar la unión y la maternidad o paternidad a fin de completar su educación formal o encontrar una mejor pareja sexual.

También se ha mostrado que el contexto cultural influye en las condiciones de iniciación sexual y reproductiva (Rojas y Castrejón, 2008). En Chiapas las mujeres indígenas presentan elevados niveles de fecundidad, mortalidad materna y una baja prevalencia de uso y conocimiento de anticonceptivos —de hecho, en 2009 solo el 50,6% de las mujeres indígenas manifestó conocer algún método—, además de las desventajas asociadas a las condiciones de pobreza y acceso a satisfactores sociales en las que viven, lo que ha recrudecido las diferencias de género y limitado el ejercicio de sus derechos (Tinoco, 2009). Sobre esta base, se esperaría que existiera una marcada diferencia entre los jóvenes indígenas y los no indígenas, en el sentido que los primeros presentarían una menor edad al momento de la iniciación sexual, el matrimonio y el primer hijo, y que su secuencia de eventos siguiera la norma instituida, debido a la estricta vigilancia de las reglas culturales que deben seguir en sus comunidades.

En cuanto a la religión, los líderes más conservadores de ciertas religiones promueven la adhesión a normas morales y familiares estrictas. En el caso de los evangélicos, los feligreses son motivados a llevar una vida ejemplar que sirva de modelo a la gente que los rodea, mientras que diferentes encíclicas de la iglesia católica censuran las relaciones sexuales prematrimoniales y el uso de anticonceptivos. Sobre el efecto de

⁷ Además no se cuenta con evidencia sobre México para sostener que las generaciones más jóvenes tengan su primera relación sexual a edades más tempranas, más bien se observa una tendencia contraria, a posponer la edad al momento de la primera relación sexual (Welti, 2000).

esta relación en la iniciación sexual, Vargas, Martínez y Potter (2010) señalan que los jóvenes mexicanos católicos practicantes y los protestantes tenían menos riesgo de iniciar su vida sexual de manera temprana que los católicos nominales y los indiferentes o no creyentes.

Aunque Chiapas tiene un menor número de católicos (72,2%) que México en su conjunto, tiene una mayor proporción de protestantes evangélicos. Se esperaría que ambos grupos tuvieran un comportamiento más conservador que los jóvenes sin afiliación religiosa, comportamiento que estaría más asociado con algunos eventos, por ejemplo, la postergación del inicio sexual y la unión en pareja a edades tempranas, ya que el matrimonio es la única opción que tienen estos jóvenes para ejercer su sexualidad sin censura religiosa.

La revisión de estos antecedentes conduce a las siguientes preguntas: ¿cuáles son las relaciones entre la iniciación sexual, el matrimonio y el primer hijo?, ¿estas relaciones se han modificado entre los contextos y grupos sociales?, ¿cómo es el calendario de estos eventos en relación con la cohorte de nacimiento, el contexto de residencia, la religión, la condición étnica, la educación y el estrato social? Las respuestas a estas preguntas pueden aportar datos sobre el contexto de la transición de la fecundidad en Chiapas, además de proporcionar información sobre las necesidades para mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

Modelo para el análisis de la transición a la iniciación sexual, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo

Los datos utilizados para el análisis que se desarrolla en este trabajo provienen, como se dijo, de la ENJ2010 para el estado de Chiapas, encuesta que incluye una batería de preguntas sobre la actividad sexual, el matrimonio y la fecundidad a partir de la cual se puede determinar la edad al momento de la iniciación sexual, el primer matrimonio o unión en pareja y el nacimiento del primer hijo. Una limitación de la ENJ2010 es que captura información transversal sobre el estado actual de los jóvenes, por lo tanto, los datos están limitados en cuanto al calendario de los eventos.

Para realizar la comparación entre los grupos sociales los datos fueron agrupados por cohorte de nacimiento. Por el número de casos de la muestra se decidió crear dos cohortes: los jóvenes que componen la primera cohorte son los que nacieron entre 1987 y 1998 y tenían al momento de la encuesta entre 18 y 23 años, y los de la segunda nacieron entre 1981 y 1986 y tenían entre 24 y 29 años de edad.

Para analizar la forma en que la edad de la iniciación sexual, la entrada al matrimonio y el nacimiento del primer hijo varía según las características sociales y culturales de los jóvenes se emplearon los modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Se estimaron modelos de historia de evento de tiempo continuo —*event history analysis*—, estrategia que no requiere de supuestos de proporcionalidad y permite el uso de variables fijas y variables en el tiempo (Allison, 1982). La unidad de análisis

considerada fue el año/persona, dado que las respuestas a la duración de los eventos suelen estar expresadas en años. Esta aproximación asegura los estimadores apropiados de los errores estándar y las pruebas de significatividad (Petersen, 1991).

Después de eliminar los casos sobre los que no se disponía de información válida, la muestra quedó conformada por 1.612 individuos, de los cuales 864 eran mujeres y 748 hombres. Se decidió usar los datos sin ponderar, para evitar sesgos.

Para el análisis de la transición a la primera relación sexual, la base de datos se construyó con cada persona que ha estado residiendo en Chiapas desde que tenía 12 años hasta la edad a la que tuvo su primera relación sexual. Aquellos casos que al momento de la encuesta no la habían tenido aún, fueron truncados a la edad a la que fueron encuestados. El análisis se realizó a partir de regresiones logísticas binomiales, con la variable dependiente con valor uno si la persona tuvo su primera relación sexual a cada edad determinada, y cero si no había experimentado el evento. El modelo permite estimar a partir de la siguiente ecuación:

$$\ln\{\pi_j | 1\pi_j\} = f(\text{duración}) + (\beta_k \cdot X_k)$$

Donde π es la probabilidad de ocurrencia de j ; j denota el evento; $\{\pi_j | 1\pi_j\}$ son el *ration anual* de ocurrencia del evento j , ocurrencia versus no ocurrencia del evento; X_k representa un vector de variables explicativas; β_k representa un vector de efecto asociado con las variables explicativas, y $f(\text{duración})$ es una función de tiempo.

Para el análisis de la transición a la primera unión en pareja y al nacimiento del primer hijo se utilizó la misma estrategia, pero en el caso de la primera unión la base de datos se construyó con cada persona que tenía 12 años hasta la edad a la que contrajo su primer matrimonio, sin distinguir si se trataba de una unión matrimonial o consensual.

El análisis del calendario se realizó mediante el cálculo de las curvas de sobrevivencia con el método de estimación de Kaplan-Meier. También se aplicaron los tests de Log-Rank y Wilcoxon (Breslow) para examinar la igualdad de las funciones de supervivencia y determinar si había una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre las curvas de supervivencia (Hosmer, Lemeshow and May, 1999). Para examinar el momento de la iniciación sexual, el primer matrimonio y el nacimiento del primer hijo se presentan las edades en las que el 5%, 25%, 50% y 75% de los jóvenes pertenecientes a cada uno de los grupos sociales y culturales considerados han experimentado este evento en particular.

Se construyó un modelo con el objetivo de determinar la forma en que el riesgo de sufrir el evento —primera relación sexual, unión o primer nacimiento— varía según la cohorte, el sexo, el contexto de residencia y la condición étnica. Para cada período y evento se estimaron tres modelos: el modelo 1 incluyó la cohorte de nacimiento, el sexo, el contexto de residencia y la condición étnica; en el modelo 2, además de las variables anteriores, se incluyeron la asistencia escolar y la religión. En el modelo 3 se añadió el estrato social. Este ajuste permite determinar si otros factores son modificados de manera significativa por el hecho que el encuestado pertenezca a un grupo socioeconómico en particular.

La ENJ2010 captura información directa sobre las variables dependientes: la edad de iniciación sexual⁸, a la primera unión y al nacimiento del primer hijo⁹. Las variables independientes se transformaron en variables *dummy*. A la cohorte de nacimiento de 1981 a 1986 se le asignó el valor uno, y cero a la de 1987 a 1998. El sexo adquirió el valor uno si el encuestado era mujer y cero si era hombre. La asistencia escolar es una variable que puede variar en el tiempo, por lo tanto, tomó el valor de uno si a cada edad se estaba asistiendo a un establecimiento educativo y cero en el caso negativo. El contexto de residencia, en tanto, tomó el valor cero cuando se trataba de una localidad urbana y uno para una localidad no urbana¹⁰. La religión fue codificada en tres categorías: católica, protestante y ninguna, y transformada en *dummy*, con la religión católica como categoría omitida. La condición étnica adquirió el valor de uno si se hablaba una lengua indígena y cero en caso negativo. La variable de estrato socioeconómico fue construida agrupando tres índices: el primero sobre calidad de la vivienda, el segundo relacionado con el tipo de actividad económica y el tercero sobre la escolaridad de los miembros del hogar¹¹; después fue codificada en cuatro categorías (muy bajo, bajo, medio y alto), utilizando “muy bajo” como la categoría de referencia.

Resultados

Tablas de vida de la primera relación sexual, el matrimonio y el primer nacimiento

El análisis del calendario permite apreciar la temporalidad de la iniciación sexual, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo de los jóvenes de Chiapas (véase el gráfico 4). Las edades corresponden a los valores del 5%, 25%, 50% y 75% de la distribución por edades de los eventos de acuerdo a la cohorte de nacimiento, el sexo, el contexto de residencia y la condición étnica.

⁸ Cabe señalar que la iniciación sexual se define en la ENJ2010 como el contacto físico con coito o penetración entre las personas.

⁹ Véase el cuestionario de la ENJ2010.

¹⁰ Se consideraron localidades urbanas las que tenían más de 15.000 habitantes, mientras que las no urbanas se definieron como aquellas con menos de 15.000 personas.

¹¹ La variable de estrato social está referida al momento de la encuesta, ya que por las características del instrumento se carece de información al momento de ocurrencia del evento. La variable fue elaborada por el Dr. Carlos Echarri sobre la base de tres índices: a) calidad de la vivienda, b) escolaridad media relativa de todos los miembros del hogar, y c) ocupación mejor remunerada de los miembros del hogar. De manera específica, el índice de calidad de la vivienda se construyó a partir de las variables de tamaño del hogar, materiales de los pisos, cocina exclusiva para cocinar, agua entubada, excusado dentro de la vivienda, drenaje, luz eléctrica y hacinamiento (2,5 personas por dormitorio). Para elaborar el índice de actividad económica se seleccionó la actividad de mayor remuneración por hogar, después se agruparon las actividades económicas en 12 categorías: estudiante, trabajador sin pago, buscador de empleo, quehaceres del hogar, incapacitado, no trabaja, jornalero o peón, trabajador a destajo, cuenta propia, jubilado o pensionado, empleado u obrero y patrón o empresario. El índice de escolaridad se elaboró a partir de un indicador compuesto por la escolaridad acumulada según sexo y edad y por la escolaridad relativa por edad y sexo.

Del total de los jóvenes chiapanecos, 5% habían tenido su primera relación sexual a los 14 años, la cuarta parte (25%) lo había hecho a los 16 años, la mitad (50%) a los 19 años y tres cuartas partes (75%) tuvieron esa relación sexual al cumplir los 23 años.

Aplicando las pruebas de Log-Rank y Wilcoxon se rechaza la hipótesis de la equidad para las funciones de supervivencia por cohorte, sexo y condición étnica para el caso de la iniciación sexual, mientras que se acepta la hipótesis para el contexto de residencia, por lo que las diferencias en el calendario no fueron significativas en una de las pruebas realizadas (con una probabilidad menor del 5%).

Sobre esta base se puede decir que el calendario de la iniciación sexual varía significativamente por cohorte, como se observa en el gráfico 1. Así, la edad en la que la mitad de los jóvenes tuvieron su primera relación sexual parece haber aumentado un año entre los más jóvenes, es decir, los que pertenecen a la cohorte 1987-1998, para quienes este evento se produjo a los 19 años, frente a los 18 años para la mitad de los jóvenes de la cohorte 1981-1986. Además, tres cuartas partes de los jóvenes de la cohorte 1987-1998 no habían tenido su primera relación sexual a los 29 años, mientras que el 75% de la cohorte más antigua la había tenido a los 21 años. Es decir, los resultados permiten observar un calendario más tardío para la cohorte más joven.

En el análisis del calendario de la iniciación sexual por sexo sobresale un patrón claramente distinto y significativo entre hombres y mujeres (véase el gráfico 1). La mitad de los hombres se iniciaron sexualmente dos años antes que las mujeres, 17 y 19 años, respectivamente. A los 20 años de edad, tres cuartas partes de los hombres ya se habían iniciado sexualmente, mientras que la misma proporción de mujeres lo hicieron recién a los 24 años. En el extremo menor (5% después de haber experimentado el evento), los hombres lo hicieron a los 14 años, a diferencia de las mujeres, para quienes el evento se produjo un año más tarde. Las tendencias corroboran la mayor vigilancia familiar y social que existe sobre el comportamiento sexual de las mujeres jóvenes chiapanecas.

Respecto del calendario del primer matrimonio o unión de los jóvenes de Chiapas, el 5% de ellos se encontraban unidos en pareja a los 15 años de edad, 25% lo habían hecho a los 19 años y 50% a los 23 años. En tanto, el 75% de los jóvenes no habían experimentado el evento del matrimonio o la unión a los 29 años.

Las diferencias en las pruebas Log-Rank y Wilcoxon muestran que se rechaza la hipótesis de la equidad para las curvas de supervivencia por cohorte y sexo en el caso del ingreso a la primera unión o matrimonio, mientras que se acepta la hipótesis para el contexto de residencia y la condición étnica, ya que la diferencia en el calendario de los jóvenes urbanos y no urbanos no fue significativa: $p < 0.05$ en la prueba Log-Rank.

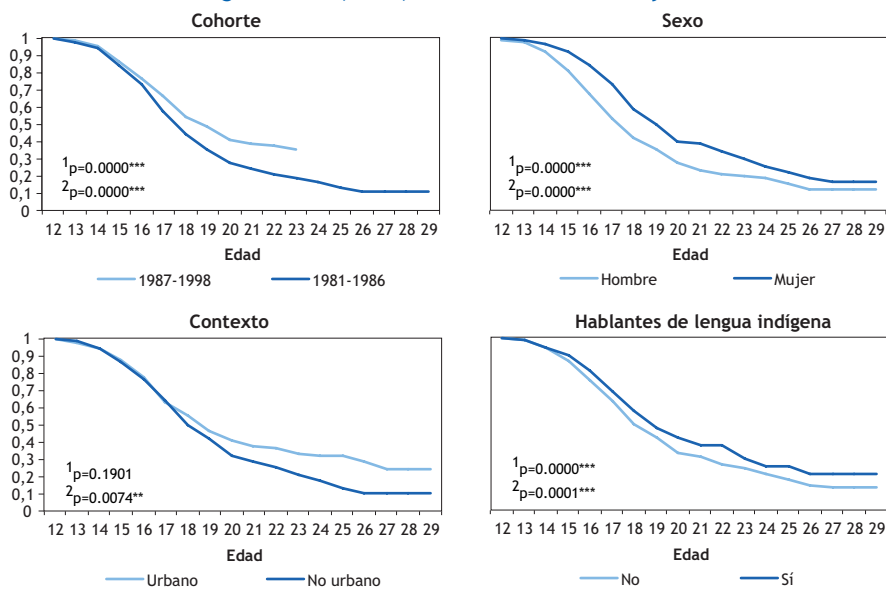
En el gráfico 2 se aprecia una pequeña progresión a edades más avanzadas al momento de ingresar al primer matrimonio. Los jóvenes de la cohorte 1987-1998 tienen un retraso de un año en la formación de la unión en comparación con los de la cohorte 1981-1986. En tanto, la cuarta parte de los miembros de la cohorte más joven presentan un retraso de dos años en relación con la cohorte más antigua: mientras la

mitad de los miembros de esta última cohorte habían experimentado el matrimonio o la unión a los 21 años de edad, el 50% de los de la cohorte más joven todavía no habían vivido ese evento a los 29 años.

También se aprecia un calendario de la formación de la unión significativamente diferente por sexo, más precoz para las mujeres que para los hombres: el 25% de ellas habían formado una unión a los 18 años, dos años antes que los hombres, mientras que el 75% reportó su primer matrimonio a los 28 años, antes que las tres cuartas partes de los hombres, que a los 29 años aún no habían experimentado el evento. Lo anterior demuestra que, a pesar del incremento de la escolaridad y de la incorporación de las mujeres jóvenes al trabajo, en la sociedad chiapaneca continúa dominando una clara diferenciación sexual del trabajo y un fuerte control familiar y social, en el que las mujeres tienen una mayor inclinación a casarse en etapas tempranas del ciclo de vida si quieren ejercer su sexualidad y reproducción sin la reprobación social.

Gráfico 1

Chiapas, 2010: edad a la que el 5%, 25%, 50% y 75% de los jóvenes se iniciaron sexualmente según cohorte, sexo, contexto de residencia y condición étnica



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

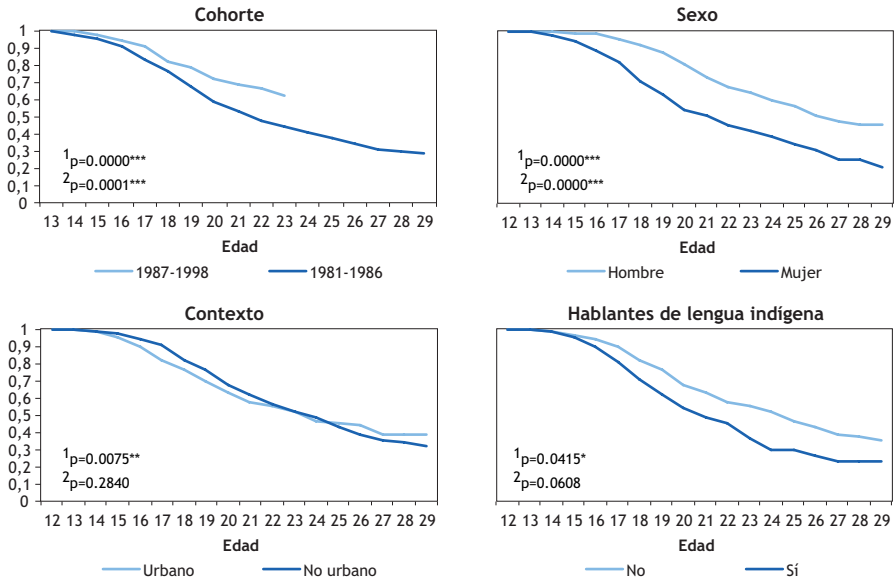
Nota: $1p$ =Test Log-Rank; $2p$ = Test Wilcoxon (Breslow). $^{*}p<.05$; $^{**}p<.01$; $^{***}p<.001$.

La condición étnica marca una diferencia significativa en el calendario del matrimonio. Los hablantes de una lengua indígena forman una unión de manera más temprana que aquellos que no lo hacen. La mitad se unieron en pareja por primera vez a los 20 años, cuatro años antes que los no indígenas. Este resultado está asociado a una forma de organización social basada en usos y costumbres en las que la sexualidad está intrínsecamente vinculada a la unión conyugal.

La curva de sobrevivencia al momento de tener el primer hijo muestra un inicio temprano de la fecundidad de los jóvenes chiapanecos, ya que 5% de ellos tuvieron su primer hijo a los 16 años, una cuarta parte vivió este evento a los 20 años, y la mitad a los 24 años. Además, el 75% de estos jóvenes no habían ingresado a la maternidad o paternidad a los 29 años.

Los resultados obtenidos de las pruebas Log-Rank y Wilcoxon rechazan la hipótesis de la equidad para las curvas de supervivencia por cohorte, sexo y condición étnica en lo relativo al inicio de la maternidad o paternidad, mientras que se acepta la hipótesis para el contexto de residencia, por lo que la diferencia en el calendario al momento de tener el primer hijo para los jóvenes urbanos y no urbanos no fue significativa en la prueba Wilcoxon ($p < 0.05$) (véase el gráfico 3).

Gráfico 2
Chiapas, 2010: edad a la que el 5%, 25%, 50% y 75% de los jóvenes tuvieron su primer matrimonio o unión en pareja según cohorte, sexo, contexto de residencia y condición étnica



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Nota: $1p$ = Test Log-Rank; $2p$ = Test Wilcoxon (Breslow). $^*p < .05$; $^{**}p < .01$; $^{***}p < .001$.

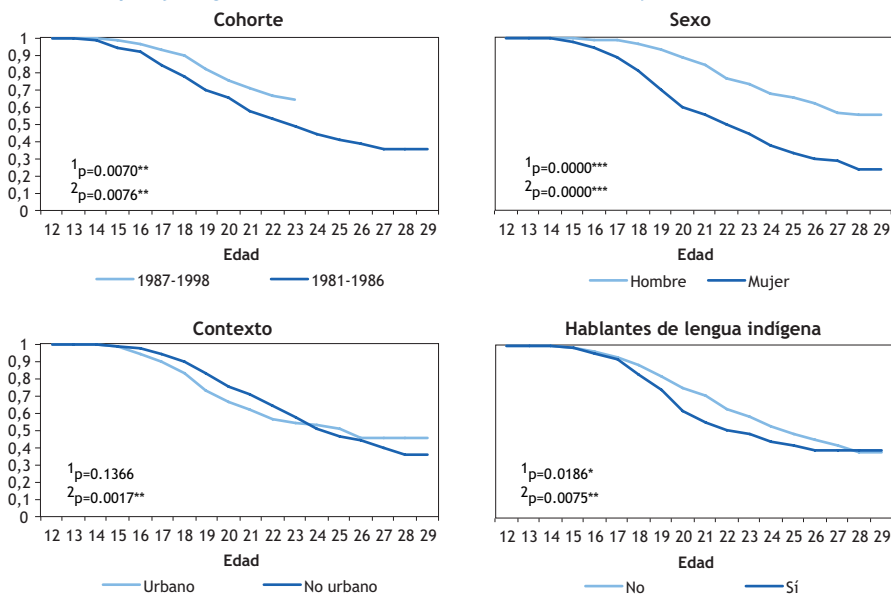
Se observa un inicio temprano de la fecundidad en la cohorte más joven y un retraso en el calendario al momento de tener el primer hijo a medida que los jóvenes avanzan en su ciclo de vida (véase el gráfico 3). Por una parte, el 5% de los jóvenes de las dos cohortes tuvieron su primer hijo a los 16 años, y por la otra, una cuarta parte de los miembros de la cohorte más joven presentaron un retraso de un año en la edad al momento de tener el primer hijo en comparación con los de la cohorte más antigua: 19 y 20 años, respectivamente.

Las mujeres tienen una entrada a la vida reproductiva más precoz que los hombres. En el gráfico 3 se aprecia una brecha de tres años de adelanto de las mujeres en comparación con los hombres en este evento. El 5% de ellas habían tenido su primer hijo a los 15 años, la mitad a los 22 años y tres cuartas partes a los 28 años, mientras que el 5% de los varones lo tuvieron a los 18 años, la mitad a los 22 años y el 75% todavía no había experimentado aún el evento a los 29 años.

Los jóvenes hablantes de lengua indígena muestran una entrada a la vida reproductiva más temprana que los no indígenas, con una diferencia de un año. Una cuarta parte de los jóvenes indígenas había tenido su primer hijo a los 19 años, mientras que la misma proporción de no indígenas lo había tenido un año después. En tanto, la mitad de los jóvenes hablantes de lengua indígena tuvieron su primer hijo a los 23 años, mientras que los no indígenas lo hicieron a los 24 años.

Gráfico 3

Chiapas, 2010: edad a la que el 5%, 25%, 50% y 75% de los jóvenes tuvieron su primer hijo en pareja según cohorte, sexo, contexto de residencia y condición étnica



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Nota: 1p = Test Log-Rank; 2p = Test Wilcoxon. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Los cambios más importantes vividos por los jóvenes chiapanecos analizados en este estudio estuvieron relacionados con un ligero retraso de la edad de entrada a la primera relación sexual, el primer matrimonio o unión en pareja y el primer hijo entre los miembros de la cohorte más joven (1987-1998). Además, se observa una clara diferenciación en los calendarios de entrada a los tres eventos examinados por sexo y condición étnica, que se reflejó en una entrada más precoz a la sexualidad, al matrimonio y a la reproducción de las mujeres y de los jóvenes hablantes de lengua

indígena. Un hecho destacable es que no se encontraron evidencias de una diferenciación de los calendarios entre los contextos urbano y no urbano de residencia.

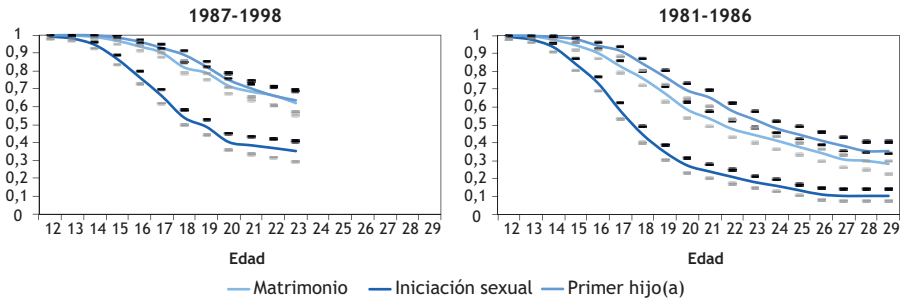
Secuencia de los calendarios de los eventos

Además de determinar el calendario de los jóvenes que experimentaron cada evento a edades particulares, es importante considerar las relaciones entre estos eventos. En los gráficos 4 al 6 se muestran la secuencia de eventos por cohorte, sexo y condición étnica. No se consideró el contexto de residencia porque no resultó significativo en ninguna de las pruebas de diferencias de edad a la primera relación sexual, la unión en pareja y el nacimiento del primer hijo. También se grafica el intervalo de confianza de la función de supervivencia.

En el gráfico 4 se observan las curvas de supervivencia suavizadas para las dos cohortes de nacimiento de los jóvenes chiapanecos: una más joven, que agrupa a los nacidos entre 1987 y 1998, y otra más antigua, cuyos años de nacimiento oscilan entre 1981 y 1986. En ambas, la curva de la iniciación sexual y la del matrimonio o la unión se alejan en las edades más avanzadas, en tanto que las curvas del matrimonio y el primer hijo están más estrechamente relacionadas en el caso de la cohorte más joven que en el de la más antigua. Por la cercanía del calendario entre la primera unión en pareja y el primer hijo en ambas cohortes es posible que ocurriese antes del nacimiento del primer hijo que el matrimonio o la unión en pareja, patrón vigente en todas las edades.

Gráfico 4

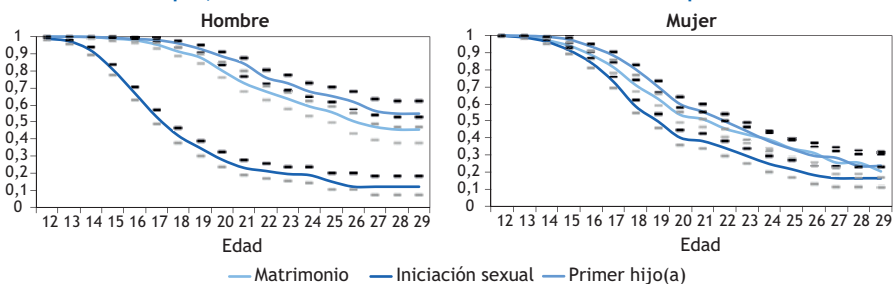
Chiapas, 2010: secuencia del calendario de los eventos por cohorte de nacimiento



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Las curvas muestran además una clara diferencia por sexo en la secuencia del calendario entre el inicio de la actividad sexual, el matrimonio y el primer hijo (véase el gráfico 5). Mientras que para los hombres la primera relación sexual está desconectada del matrimonio y del inicio de la paternidad, para las mujeres se observa que los tres eventos están más relacionados. Esta secuencia responde a un patrón normalizado en el que existe una mayor permisividad, e incluso obligatoriedad, hacia la sexualidad temprana para los hombres que para las mujeres.

Gráfico 5
Chiapas, 2010: secuencia del calendario de los eventos por sexo

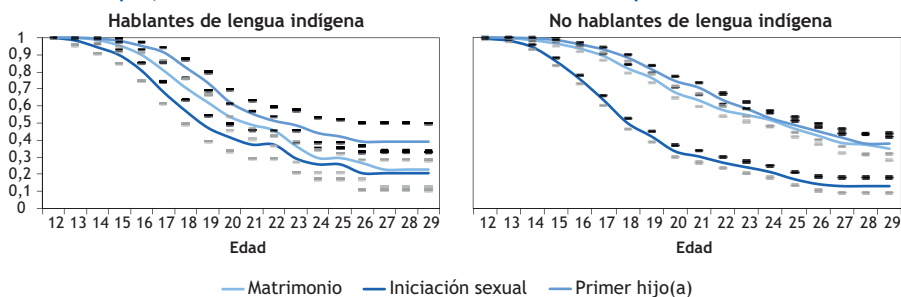


Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

En el caso de las mujeres la curva del matrimonio y la del nacimiento del primer hijo están más estrechamente vinculadas que la secuencia seguida por los hombres. Incluso en algunas mujeres que pospusieron estos eventos hasta entre los 24 y los 26 años se observa una alteración de la secuencia del calendario, ya que ocurrió el nacimiento del primer hijo antes que el matrimonio o la unión en pareja, sobre todo si la práctica sexual se realizó sin adoptar algún método anticonceptivo.

Para los no hablantes de lengua indígena el ingreso al matrimonio o la unión y el nacimiento del primer hijo están más relacionados, sobre todo en las edades más avanzadas dentro de la etapa de la juventud, en contraste con las curvas de la iniciación sexual, lo que muestra que el evento de la unión en pareja y el primer hijo están desconectados del comienzo de la actividad sexual. Además, las curvas de estos tres eventos muestran un patrón diferente en su caso (véase el gráfico 6). Entre los jóvenes indígenas no se puede definir ningún patrón, debido al cruce de la secuencia del calendario de los tres eventos a lo largo de todas las edades.

Gráfico 6
Chiapas, 2010: secuencia del calendario de los eventos por condición étnica



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Riesgos proporcionales con el modelo de Cox

Con el fin de profundizar el análisis y determinar la forma en que los acontecimientos varían según los factores identificados por estudios previos en otros contextos geo-

gráficos, se emplearon modelos de riesgos proporcionales de Cox para determinar el riesgo de sufrir un evento en cada edad. Para ello se construyeron tres modelos, que corresponden a los tres eventos analizados y que consideraron a todos los jóvenes, se hayan iniciado sexualmente o no. En estos modelos se incluyeron como variables la cohorte de nacimiento, el sexo, el contexto de residencia y la condición étnica, y además se añadieron la religión, la asistencia escolar y el estrato socioeconómico. En el cuadro 1 se muestran las estadísticas descriptivas resultantes de este ejercicio.

Tanto la cohorte más joven como la de mayor edad se encuentran ligeramente desequilibradas en cuanto a la proporción que representa cada sexo: en ambas existe una mayor presencia de mujeres que de hombres. Casi un tercio de los jóvenes de las dos cohortes analizadas residen en localidades no urbanas. La proporción de jóvenes hablantes de lengua indígena es ligeramente más alta en la cohorte de mayor edad: 15,8% y 17,3%, respectivamente.

Cuadro 1
Chiapas, 2010: estadísticas descriptivas por cohorte
de nacimiento y variables analizadas

(En porcentajes)

	1987-1998 (n=571)	1981-1986 (n=475)
Sexo		
Mujer	55,9	55,6
Hombre	44,1	44,4
Contexto		
No urbano	29,2	32,0
Urbano	70,8	68,0
Condición étnica		
Hablante de lengua indígena	15,8	17,3
No hablante de lengua indígena	84,2	82,7
Religión		
Católica	69,5	68,0
Protestante	19,6	23,6
Ninguna	10,9	7,8
Asistencia escolar		
Sí	43,6	9,3
No	56,4	90,7
Estrato socioeconómico		
Muy bajo	27,0	29,1
Bajo	33,3	32,8
Medio	21,8	21,1
Alto	17,9	17,1
Eventos (edad media)		
Iniciación sexual	18,1	18,9
Matrimonio	19,4	20,9
Primer nacimiento	19,6	22,8

Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

El porcentaje de jóvenes chiapanecos que son protestantes es más alto en la cohorte de mayor edad, mientras que el porcentaje de los jóvenes que no se adscriben a ninguna religión es mayor en la cohorte más joven. Casi 7 de cada 10 jóvenes de ambas cohortes de nacimiento se identificaron como católicos. La cohorte más joven registra la mayor proporción de miembros que asiste a la escuela, que asciende al 43,6%. Ambas cohortes presentan una distribución similar respecto de los estratos socioeconómicos: 6 de cada 10 jóvenes se ubicaron en el estrato muy bajo y bajo, 2 de cada 10 en el estrato medio y menos de 2 de cada 10 en el estrato alto.

En el caso de la cohorte 1981-1986 la edad promedio de la iniciación sexual, la primera unión y el matrimonio registra una brecha de casi dos años entre cada uno de los eventos, mientras que en la cohorte más joven (1987-1998) la brecha es más estrecha, de casi un año.

En el cuadro 2 se muestran los resultados de las regresiones de los riesgos proporcionales de Cox para los eventos de la iniciación sexual, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo. Todos los modelos se controlaron por la cohorte de nacimiento. La cohorte de mayor edad incluye a los jóvenes de 24 a 29 años nacidos entre 1981 y 1986, por lo que tiene una distribución más adelantada de los eventos. La cohorte de menor edad, que reúne a los jóvenes nacidos entre 1987 y 1998, de 18 a 23 años al momento de la entrevista, tiene en consecuencia una distribución posterior de los acontecimientos, debido a un mayor grado de censura.

La cohorte de 1981-1986 tiene un riesgo mayor de experimentar cada uno de los tres eventos en comparación con la cohorte más joven, riesgo que aumenta en el caso del primer nacimiento y disminuye para el matrimonio y la iniciación sexual. De manera general, se observa un retraso del primer nacimiento y del matrimonio o la unión en la cohorte 1987-1998, que es la más joven.

El impacto del sexo es fuerte y significativo en todos los modelos, aunque el riesgo muestra un efecto diferente para cada evento, ya que para las mujeres el riesgo de experimentar la iniciación sexual es menor que para los hombres, mientras que su riesgo de matrimonio y de tener el primer hijo antes de los 29 años de edad es mayor que el de ellos.

El efecto de la residencia no urbana está mediado por la inclusión de la variable de asistencia escolar, ya que al considerar la escolaridad se incrementa el impacto del contexto de residencia en la iniciación sexual, el ingreso al matrimonio y el nacimiento del primer hijo. Los jóvenes que residen en espacios no urbanos tienen un riesgo que oscila entre el 17% y el 41% más alto que los jóvenes urbanos para cada evento en el modelo 3.

La condición étnica se asocia con un alto riesgo de experimentar la primera unión en pareja, aunque esta variable se hace insignificante en los eventos de la iniciación sexual y el primer nacimiento.

Cuadro 2

Chiapas, 2010: modelos de riesgos proporcionales de Cox (riesgo relativo) para la iniciación sexual, el primer matrimonio o unión en pareja y el primer nacimiento, según distintas variables

	Iniciación sexual			Primer matrimonio			Primer nacimiento		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Cohorte									
1987-1998									
1981-1986	1,52*** (0,072)	1,29*** (0,063)	1,27*** (0,063)	6,08*** (1,978)	3,70*** (1,195)	3,85*** (1,250)	5,95*** (2,037)	3,62*** (1,240)	3,81*** (1,299)
Sexo									
Hombre									
Mujer	0,791*** (0,036)	0,758*** (0,033)	0,761*** (0,033)	1,78*** (0,140)	1,63*** (0,121)	1,67*** (0,124)	2,21*** (0,202)	2,03*** (0,178)	2,08*** (0,182)
Contexto									
Urbano									
No urbano	1,19** (0,077)	1,24*** (0,078)	1,21** (0,078)	1,11 (0,108)	1,24** (0,113)	1,35*** (0,122)	1,005 (0,101)	1,11 (0,106)	1,24** (0,119)
Condición étnica									
Hablante de lengua indígena	0,977 (0,078)	0,930 (0,072)	0,947 (0,077)	1,52*** (0,152)	1,38*** (0,128)	1,21** (0,117)	1,21 (0,139)	1,10 (0,119)	0,962 (0,107)
No hablante de lengua indígena									
Religión									
Católica									
Protestante		1,02 (0,053)	1,03 (0,055)		1,05 (0,078)	1,02 (0,076)		1,02 (0,084)	0,981 (0,080)
Ninguna		1,12 (0,072)	1,12 (0,072)		1,09 (0,116)	1,06 (0,110)		1,12 (0,125)	1,07 (0,117)
Asistencia escolar									
Sí		0,593*** (0,044)	0,580*** (0,044)		0,164*** (0,033)	0,175*** (0,035)		0,176*** (0,037)	0,191*** (0,040)
No									
Estrato									
Muy bajo									
Bajo			1,03 (0,062)			0,828** (0,066)			0,829** (0,071)
Medio			1,00 (0,072)			0,632*** (0,071)			0,598*** (0,071)
Alto			1,18** (0,081)			0,682*** (0,081)			0,583*** (0,082)
Log pseudo likelihood	-3086,872	-3072,7355	-3071,1583	-2184,6332	-2124,3142	-2118,8616	-2002,3739	-1952,6426	-1945,3024
Wald chi2(10)	113,56	181,35	194,1	110,79	173,09	189,52	117,36	174,7	204,49
Prob> chi2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

La religión, sin embargo, no muestra un efecto significativo en ninguno de los eventos observados ni en los modelos aplicados. El impacto de la educación en la disminución del riesgo de experimentar un evento es altamente significativo y es mayor para el primer matrimonio y el nacimiento del primer hijo que para la iniciación sexual.

Estar en la escuela está asociado con un muy bajo riesgo de experimentar alguno de los tres eventos. La magnitud del riesgo aumenta a través de los acontecimientos, desde la iniciación sexual a la primera unión en pareja y al primer hijo (0,580 a 0,175 y 0,191).

El estrato socioeconómico al que el joven pertenece se asocia con un bajo riesgo de experimentar una primera unión en pareja o un primer nacimiento, aunque no muestra un efecto significativo sobre la iniciación sexual. Los jóvenes de los estratos bajo, medio y alto experimentan una progresión significativa de retraso temporal del matrimonio y del primer hijo en comparación con los del estrato socioeconómico muy bajo.

Conclusión

El calendario de la iniciación sexual, la primera unión en pareja y el primer hijo parecen estar cambiando en Chiapas en los últimos años. El riesgo de experimentar estos tres eventos vitales parece haberse retrasado de manera significativa en las cohortes más jóvenes. Además, sobresale un calendario claramente distinto según el género, con una iniciación sexual más tardía en el caso de las mujeres, pero con una unión en pareja más precoz y una edad menor al momento de tener el primer hijo que los hombres. No se apreciaron diferencias significativas en el calendario del matrimonio y el primer hijo según el contexto de residencia urbano o no urbano. También se observó que los jóvenes indígenas se inician sexualmente más tarde, pero forman una unión en pareja y experimentan la maternidad o la paternidad antes que los no indígenas, los jóvenes que residen en contextos urbanos y los que viven en zonas no urbanas.

Este estudio corrobora la existencia de cambios en la secuenciación del calendario de relaciones entre los eventos de la iniciación sexual, el matrimonio y la tenencia del primer hijo según el género y la condición étnica. De tal manera, y al contrario de lo que se esperaba, se observa una secuencia del calendario en la que la iniciación sexual precede al matrimonio y al nacimiento del primer hijo, lo que muestra un rompimiento de la secuencia normativa, particularmente entre los hombres y los jóvenes no hablantes de alguna lengua indígena.

Pareciera que la iniciación sexual es un requisito previo al matrimonio o la unión en pareja, sin embargo, en algunos casos después de esta iniciación puede ocurrir un embarazo antes de la formación de la unión, sobre todo si la práctica sexual se realizó sin adoptar algún método anticonceptivo.

Se comprobó la hipótesis según la cual la educación tiene un efecto en la postergación de los eventos analizados para los jóvenes que aún asisten a la escuela. De

acuerdo a los resultados, la asistencia escolar redujo significativamente el riesgo de experimentar los tres eventos. La magnitud de la disminución del riesgo fue mayor en la iniciación sexual, seguida por el primer parto y la primera unión en pareja.

La adición de la asistencia escolar en el modelo 2 modificó el riesgo de la cohorte de nacimiento, aunque la variable de escolaridad es relativamente simple, por lo que un análisis más detallado del nivel de educación formal alcanzado mediante el uso de datos longitudinales permitiría un mejor examen del efecto de esta variable. Pese a lo anterior, la asistencia escolar tiene a una fuerte relación negativa con la experimentación de la iniciación sexual, el primer matrimonio y el primer nacimiento en cada edad en los jóvenes chiapanecos.

Además, el análisis apoyó parcialmente la hipótesis sobre la relación entre el lugar de residencia y la condición étnica con la ocurrencia de los eventos estudiados. La residencia no urbana resultó significativa y consistente con un mayor riesgo de experimentar la iniciación sexual, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo solo al introducir las variables de escolaridad y estrato social en el modelo. Los cocientes de riesgo aumentaron cuando se añadió el control de la asistencia escolar, y se volvieron a incrementar al agregar la variable de estrato socioeconómico.

La condición étnica solo resultó significativa para el evento del matrimonio, es decir que los jóvenes hablantes de alguna lengua indígena presentan un mayor riesgo de experimentar la primera unión en pareja en comparación con los no indígenas. Al contrario de lo esperado, la condición étnica no fue significativa para la iniciación sexual ni para la primera maternidad o paternidad.

La hipótesis planteada sobre la religión, respecto a que los jóvenes menos conservadores socialmente retrasan los eventos considerados, resultó rechazada mediante el ejercicio realizado. Los modelos no mostraron un efecto sobre el riesgo de experimentar los eventos entre los jóvenes católicos, los protestantes y los que no tienen filiación religiosa.

En tanto, se corroboró parcialmente la hipótesis sobre el estrato socioeconómico, ya que esta variable no resultó significativa para la iniciación sexual, pero fue altamente significativa para el matrimonio y el primer nacimiento. Los jóvenes que se ubican en los estratos socioeconómicos más altos presentaron una mayor propensión a retrasar el matrimonio o la unión y el nacimiento del primer hijo en comparación con los pertenecientes a los estratos medio, bajo y muy bajo, en ese orden de importancia.

Referencias

Allison, Paul D. (1982), "Discrete-Time Methods for the Analysis of Event Histories", in *Sociological Methodology*, Vol. 13, pp. 61-98.

Ávila, María de Jesús (2012), *Situación de los jóvenes en Chiapas: Encuesta Nacional de la Juventud 2010*, México, D.F.: SEP, IMJUVE, UNFPA, UAA, CENDOC.

- Ayús, Ramfis; García, Adriana; Hernández, Armando y Tuñón, Esperanza (2005), "El género implicado. Análisis de narraciones sobre sexualidad coital entre jóvenes de la frontera sur México", en Ángeles, H.; Huicochea, L., Saldívar, E. y Tuñón, E. (comps.), *Actores y realidades en la frontera sur de México*, México: ECOSUR.
- Blanc, Ann and Way, Ann (1998), "Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries", en *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, pp.106-116.
- Bozón, Michel; Gayet, Cecilia and Barrientos, Jaime (2009), "A life course Approach to Patterns and Trends in Modern Latin American Sexual Behavior", in *Journal of AIDS*, Vol. 51, N° 1, pp. S4-S12.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2010), *La pobreza en los municipios*, México, D.F.
- Echarri, Carlos y Pérez, Amador (2004), "El tránsito hacia la adultez: eventos en el curso de vida de los jóvenes en México", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 22, N° 1, pp. 43-77.
- Evangelista, Angélica y Kauffer, Edith (2007), "Jóvenes y VIH/Sida: contextos de vulnerabilidad en comunidades de la Región Fronteriza de Chiapas", en Tinoco, R.; Martínez, M. E. y Evangelista, A. (comps.), *Compartiendo saberes sobre el VIH/Sida en Chiapas*, México: CISC, ISECH, COESPO, UNFPA y ECOSUR.
- _____ (2009), "Iniciación sexual y conyugal entre los jóvenes de tres municipios de la región fronteriza de Chiapas", en *La Ventana*, Vol. 4, N° 30, pp. 181-221.
- Evangelista, Angélica; Tinoco, Rolando y Tuñón, Esperanza (2010), "Investigación social sobre la juventud en el sureste de México", en *Revista Diario de Campo*, México: El Colegio de la Frontera Sur, Vol. 56, pp. 69-79.
- Hosmer, David; Lemeshow, Stanley and May, Susanne (1999), *Applied survival analysis: regression modeling of time to event data*, New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Jáuregui, José Alfredo y Ávila, María de Jesús (2002), *Las y los jóvenes en Chiapas*, Chiapas: Consejo Estatal de Población.
- _____ (2007), "Estados Unidos, lugar de destino para los migrantes chiapanecos", en *Migraciones internacionales*, Vol. 4, N° 1, pp. 5-38.
- Juárez, Fátima; Palma, José Luis; Singh, Susheela y Bankole, Akinrinola (2010), *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: reto y oportunidades*, México, D.F.: Guttmacher Institute y El Colegio de México.
- Menkes, Catherine y Suárez, Leticia (2004), "Prácticas sexuales y reproductivas de los jóvenes mexicanos", en Navarrete, E. (comp.), *Los jóvenes ante el siglo XXI*, Toluca: El Colegio Mexiquense.

- Mier y Terán, Marta (2011), "La fecundidad en México en las últimas dos décadas: un análisis de la información censal", en *Coyuntura Demográfica*, México, D.F., Vol. 1, pp.57-61.
- Parrado, Emilio y Zenteno, René (2005), "Entrada en unión de hombres y mujeres en México: perspectiva de los mercados matrimoniales", en Coubès, M-L.; Zavala de Cosío, M. E. y Zenteno, R. (comps.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX*, Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Petersen, Trond (1991), "The Statistical Analysis of Event. Histories", in *Sociological Methods and Research*, N° 19, pp. 270-323.
- Reartes, Diana (2011), "Género, etnia y generación en la prevención e interrupción de embarazos en jóvenes estudiantes hablantes de lenguas mayas migrantes a San Cristóbal de las Casas, Chiapas", *Cuadernos de antropología social*, Buenos Aires, N° 33, Enero-Julio.
- Rojas, Olga y Castrejón, José Luis (2008), "Género e iniciación sexual en México", Trabajo presentado en la IX Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Mérida, 8 al 11 de octubre.
- Sandfordt, Theo; Orr, Mark; Hirsch, Jennifer and Santelli, Jhon (2008), "Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results from a National US Study", in *American Journal of Public Health*, Vol. 98, N° 1, pp. 155-161.
- Schkolnik, Susana y Chackiel, Juan (2004), "Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina", en *Revista de la CEPAL*, Vol. 83, pp. 13-31.
- Tinoco, Rolando (2009), "Sexualidad y salud reproductiva en los programas de educación y comunicación con pueblos indígenas", en *Foro Nacional: Las políticas de Población en México, Programa Nacional de Población 2008 - 2012. Debates y propuestas*, México.
- Tuirán, Rodolfo (1999), "Dominio institucional y trayectoria de vida en México", en *México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos*, México, D.F.: El Colegio de México.
- Tuñón, Esperanza y Nazar, Austreberta (2004), "Pobreza y embarazo adolescente en Chiapas", en Lozano Ascencio, F. (comp.), *El amanecer del siglo y la población mexicana*, Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Van Roode, Thea; Dickson, Nigel; Sharples, Katrina and Charlotte, Paul (2012), "Patterns of Sexual Partnering and Reproductive History: Associations with Timing of First Birth in a Birth Cohort", in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 44, N° 1, pp. 48-56.
- Vargas, Eunice; Martínez, Georgina y Potter, Joseph (2010), "Religión e iniciación sexual premarital en México", en *Revista Latinoamericana de Población*, Enero-Diciembre, pp. 7-30.
- Villagómez, Paloma; Mendoza, Doroteo y Valencia, Jorge (2011), *Perfiles de Salud Reproductiva. Chiapas*, México, D.F.: Consejo Nacional de Población.

Villers, Roberto (2003), *Jóvenes mexicanos del siglo XXI. Encuesta Nacional de Juventud 2000*, Chiapas, México, D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud.

Welti, Carlos (2000), "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México", *Papeles de Población*, Vol. 6, N° 26, pp. 43-87.

Sobre los autores y autoras

María de Jesús Ávila Sánchez es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Leiden, Países Bajos, y Profesora Investigadora en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Elza S. Berquó es Doctora en Bioestadística por la Columbia University, Estados Unidos, y Profesora Emérita de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Además es Investigadora Emérita del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Miembro de la Orden del Mérito Científico Clase Grã-Cruz y Miembro Titular de la Academia Brasileira de Ciências.

Georgina Binstock es PhD en Sociología con orientación en estudios de población por la Universidad de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos, y Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Es Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentina.

Wanda Cabella es Doctora en Demografía por la Universidade Estadual de Campinas, Brasil, y Licenciada en Antropología por la Universidad de la República, Uruguay. Actualmente es Coordinadora del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, donde realiza tareas de docencia e investigación. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Agencia Nacional de Innovación e Investigación).

Angelita Alves de Carvalho tiene graduación en Economía Doméstica por la Universidade Federal de Viçosa, Brasil. Posee una Maestría en Estudos Populacionais e Pesquisa Social por la Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence) y un Doctorado en Demografía por el Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) de la Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Actualmente es investigadora y profesora de la Escola Nacional de Ciências Estatísticas del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Suzana Cavenaghi es Doctora en Sociología y Demografía por la University of Texas at Austin, Estados Unidos, y graduada en Matemática Aplicada y en Estadística. Actualmente es Profesora e Investigadora de la Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence) del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordinadora del Programa de Pós-Graduação em População, Território e Estatísticas Públicas de la Escola Nacional de Ciências Estatísticas del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), y Editora de la Revista Brasileira de Estudos de População (Rebep).

Susana Chávez Alvarado es Obstetra por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Maestra en Salud Pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, con especialidad en políticas públicas y salud sexual y reproductiva por el Institute for Health Policy and Social Science, de la Universidad de California de San Francisco. Actualmente es Directora Ejecutiva del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) y Secretaria Ejecutiva del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Carlos Javier Echarri Cánovas es Doctor en Demografía por la Universidad católica de Lovaina, Bélgica, Maestro en Demografía por El Colegio de México y Actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Profesor Investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA) de El Colegio de México e Investigador Nacional.

Mónica Gogna es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires y Licenciada en Sociología por la Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina. Es Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE/UBA), Argentina.

José Alfredo Jáuregui Díaz es Doctor en Demografía en el Centre d'Estudis Demogràfics de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, y Profesor Investigador en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Cecilia Lara es Magíster en Historia Económica, Magíster en Demografía y Estudios de Población y graduada como Licenciada en Economía por la Universidad de la República, Uruguay. Actualmente cursa el programa de Doctorado en Historia Económica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Es Investigadora y Docente del Programa de Historia Económica y Social y del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la misma universidad.

Alejandra López Gómez es candidata a Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Argentina, y graduada en Psicología por la Universidad de la República, Uruguay, especializada en género y salud sexual y reproductiva. Es Profesora e Investigadora en régimen de dedicación total de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, donde ejerció entre 2010 y 2014 la dirección del Instituto de Psicología de la Salud. Es Investigadora del Sistema Nacional de Investigadores de Uruguay.

Paula Miranda-Ribeiro es graduada en Ciencias Económicas por la Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil, posee una Maestría en Demografía por el Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) de la UFMG y es Doctora en Sociología y Demografía por la University of Texas at Austin, Estados Unidos. Es Profesora Asociada del Departamento de Demografía de la UFMG e Investigadora del Cedeplar.

Ignacio Pardo es Doctor en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, España, y Magíster, Diplomado y Licenciado en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay. Es Docente del Programa de Población de la Universidad de la República, donde dicta cursos de grado y posgrado y realiza tareas de investigación. Integra el Sistema Nacional de Investigadores (Agencia Nacional de Innovación e Investigación).

Jorge Rodríguez Vignoli tiene formación de Doctorado en Estudios Americanos por la Universidad de Santiago de Chile, es Sociólogo por la Universidad de Chile y Posgraduado en Dinámica de la Población y Programas y Políticas de Desarrollo por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Es Asistente de Investigación del CELADE, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Laura Rodríguez Wong tiene formación en Sociología, estudió en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y es PhD en Demografía Médica por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Es Profesora Asociada de la Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Investigadora del Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar). Se desempeñó por un año en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el área de envejecimiento y salud.

Mariana Tenenbaum está cursando el Máster Oficial en Estudios Territoriales y de Población del Centro de Estudios Demográficos (CED) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), España, y es Licenciada en Sociología por la Universidad de la República, Uruguay. Realizó el Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico con aplicaciones censales del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Actualmente es Ayudante de Investigación y Docente en el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Carmen Varela Petito es Posgraduada en Demografía por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Licenciada en Sociología por la Universidad de la República, Uruguay. Es Investigadora y Profesora del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y Coordinadora académica de las dos primeras generaciones de la Maestría en Demografía y Estudios de Población de la misma casa de estudios.

Comportamiento reproductivo e fecundidade na América Latina: uma agenda inconclusa

- Presentación Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina
Wanda Cabella y Suzana Cavenaghi
- Capítulo 1 Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina
y el Caribe, 1990-2015
Wanda Cabella e Ignacio Pardo
- Capítulo 2 Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización
Jorge Rodríguez Vignoli
- Capítulo 3 Perfil socioeconómico e demográfico da fecundidade no Brasil
de 2000 a 2010
Suzana Cavenaghi y Elza S. Berquó
- Capítulo 4 El conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela
Carlos Javier Echarri Cánovas
- Capítulo 5 El acceso a los derechos reproductivos en Perú: anticoncepción
y aborto, un debate en espera
Susana Chávez Alvarado
- Capítulo 6 Aborto legal en Uruguay: el largo proceso para garantizar el acceso a
la salud y los derechos reproductivos de las mujeres
Alejandra López Gómez
- Capítulo 7 “Foi nascendo a vontade”: análise dos desejos de fecundidade
de casais e suas influências mútuas
*Angelita Alves de Carvalho, Laura L. R. Wong
y Paula Miranda-Ribeiro*
- Capítulo 8 Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia
en Argentina
Georgina Binstock y Mónica Gogna
- Capítulo 9 Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral
de resistencia al descenso?
Carmen Varela Petito, Mariana Tenenbaum y Cecilia Lara
- Capítulo 10 Iniciación sexual, unión en pareja y nacimiento del primer hijo
de los jóvenes en Chiapas, 2010
Maria de Jesús Ávila Sánchez y José Alfredo Jáuregui Díaz
- Sobre los autores y autoras