POBLACIÓN y SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA en AMÉRICA LATINA

POBLACIÓN y SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA en AMÉRICA LATINA

Laura L. Rodríguez Wong
(Organizadora)

Serie Investigaciones N° 4
ALAP Editor

Rio de Janeiro, Brasil
2008

ALAP
Asociación Latinoamericana de Población

UNFPA

The views expressed are those of the authors and do not necessarily reflect those of the United Nations Population Fund.
Las opiniones expresas son de los autores e no necesariamente reflejan aquellas del Fondo de Población de Naciones Unidas.

Primera Edición, 2008, Rio de Janeiro Brasil
©2008 Asociación Latinoamericana de Población
ISBN - 978-85-62016-03-5

Asociación Latinoamericana de Población
(Consejo Directivo 2007-2008)
www.alapop.org

Presidente:	Dora Estela Celton (Argentina)
Vice-Presidente:	Luis Rosero Bixby (Costa Rica)
Secretaria General:	Suzana Cavenaghi (Brasil)
Tesorería:	Miguel Ramos (Perú)
Vocales:	Edith Alejandra Pantelides (Argentina) Dídimo Castillo (México) Jorge Martínez Pizarro (Chile)
Suplentes:	Rose Mary Salazar (Bolivia) Anitza Freitez (Venezuela) Magda Ruiz Villanueva (Colombia)
Comité Editorial ALAP:	Dídimo Castillo (México) Eduardo Bologna (Argentina) Enríque Pelaez (Argentina) Laura Rodríguez Wong (Brasil) José Eustáquio Diniz Alves (Brasil) Eramis Bueno Sánches (México) Alejandro Canales (México)
Comité Científico	Laura Rodríguez Wong (Brasil) André Caetano (Brasil) Anitza Freites, (Venezuela) Luis Rosero Bixby (Costa Rica) Teresa Castro Martín (España) Suzana Cavenaghi (Brasil)
Diseño de tapa:	Miguel Sablich

Impreso en Editorial Copiar
Ituzaingó 494 / X5000IJJ. Córdoba, Argentina
Tels.: 54 351 4258198 / 1623 / 3155.
editorialcopiar@arnet.com.ar
en el mes de diciembre de 2008

ÍNDICE

Presentación 11
Introducción: La multidimensionalidad del concepto de Salud Sexual y Reproductiva 13
Laura L. Rodríguez Wong

Parte I
POCOS HIJOS: META ALCANZADA ¿META? ¿ALCANZADA?

La Segunda Transición Demográfica en Montevideo y Buenos Aires. Una contribución a su estudio desde una perspectiva biográfica 33
Wanda Cabella, Maria Constanza Street y Andrés Peri

Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada? 55
Andrés Perí e Ignacio Pardo

Declínio da fecundidade no Brasil e México e o nível de reposição: efeitos tempo, parturição e quantum 81
Adriana de Miranda-Ribeiro, Eduardo L.G. Rios-Neto y José Antonio Ortega

Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina 101
Flávia Alfenas Amorim, Suzana Cavenaghi y José Eustáquio Diniz Alves

Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por contracepção no Peru e Bolívia 131
Mário Ernesto Piscoya Diaz y Marisa Alves Lacerda

Parte II
ADOLESCENCIA: CULTURA, RIESGOS Y REPRODUCCIÓN: CÓMO INTERVENIR PARA MEJORAR LA SSR

Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial? 155
Jorge Rodríguez Vignoli

Dimensiones culturales del embarazo en la adolescencia 193
Carlos E. Aramburu y Rosario Arias Quincot

Las prácticas sexuales de los jóvenes en dos países latinoamericanos y su relación con los contextos sociales y la desigualdad 205
Ivonne Szasz

El comportamiento sexual riesgoso entre los adolescentes varones de áreas de bajo-ingreso en Recife, Brasil 217
Fátima Juárez y Tais de Freitas

La comunidad urbana como un espacio para incidir en la salud reproductiva adolescente. Un estudio de caso 239
Grisell Rodríguez Gómez y Marisol Alfonso de Armas

Parte III
DERECHOS REPRODUCTIVOS: SALUD MATERNA, SALUD DE LOS NIÑOS, SALUD DE LAS MUJERES

Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos no México e no Brasil entre 2000 e 2004 261
Glaucia dos Santos Marcondes y Ana Paula Belon

Analfabetismo y su costo en el deterioro de la salud materno infantil en Centroamérica 279
Collado Chaves

La mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas 303
Rubby Marcela Martínez Bejarano y Carolina Martínez Salgado

Parte IV
LAS UNIONES CONYUGALES – CONTRIBUCIONES PARA SU ESTUDIO INCORPORANDO LA DIMENSIÓN GÉNERO

Tipo de unión y violencia de género: una comparación de matrimonios y uniones consensuales en América Latina 331
Teresa Castro Martín, Teresa Martín García y Dolores Puga González

La disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal en México: dos aproximaciones metodológicas 349
Adriana Pérez Amador

Parte V
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POBLACIÓN INDÍGENA EN LATINO AMÉRICA

Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital 'San Luis De Otavalo', Ecuador 393
Lilia Rodríguez

Comportamento reprodutivo de povos indígenas no Brasil. | Interface entre a demografia e a antropologia 415
Heloisa Pagliaro y Marta Azevedo

Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas 4350
Miguel Ángel Ramos Padilla

PRESENTACIÓN

El volumen **Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina**, título de la *Serie Investigaciones Nº 4,* de la Asociación Latinoamericana de Población - ALAP, reúne una selección de trabajos de los Congresos de 2004, 2006 y 2008 de la asociación. El libro esta organizado en cinco partes. La Parte I, "Pocos hijos: meta alcanzada ¿Meta? ¿Alcanzada?" tiene como racionalidad la rapidez con que se viene dando el descenso de la fecundidad en la Región y una cuestionada identificación de rasgos típicos de una Segunda Trasición Demografia. La parte II, "Adolescencia: cultura, riesgos y reproducción: cómo intervenir para mejorar la SSR" está dedicada a un importante segmento de la población: a los jóvenes de 15 a 19 años en un contexto de generalizado descenso de la fecundidad, donde sin embargo la fecundidad de las jóvenes permanece inalterado y en muchos casos, inclusive, en aumento. La parte III, "Derechos reproductivos: salud materna, salud de los niños, salud de las mujeres": en otras circunstancias esta parte habría sido, quizás, la más evidente -o la primera- una vez que la salud de la mujer, muy a menudo, en el pasado reciente, era la salud materna! En este livro, enfatizamos, sí, estos aspectos pero desde la óptica de los derechos humanos y la desigualdad social. La parte IV, "Las uniones conyugales - contribuciones para su estudio incorporando la dimensión género" que reúne dos artículos es indicativa de la dificultad de trabajar con esta dimensión, pues podemos tener innúmeros tratados sobre SSR según sexo, sin embargo, muy pocos versarán sobre SSR y género, es decir, sobre las relaciones construidas para relacionar hombres y mujeres. La parte V, "Salud sexual y reproductiva y población indígena en Latino América", reúne artículos representando la diversidad indígena del continente y su conflictiva relación con la SSR cuando el punto de vista es *moderno/occidental*. Se espera con esta publicación hacer extensa divulgación de los trabajos de investigación de los miembros de ALAP y de su red de investigación. A continuación, Laura L. Rodríguez Wong, orga-

nizadora del libro ofrece una introducción al tema y una presentación de los trabajos publicados, sea español o portugués, idiomas oficiales de los Congresos de ALAP.

Suzana Cavenaghi
Secretaria General – ALAP

Laura L. Rodríguez Wong,
Coordinadora de la Red Población
y Salud Sexual y Reproductiva

Diciembre de 2008

Introducción

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. UNA INTRODUCCIÓN

Laura L. Rodríguez Wong[1]

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un aspecto de la vida humana que envuelve muchas más dimensiones que las meramente clínicas. El hecho de considerar la SSR de una manera integral fue, en verdad, un cambio de paradigma mundial que se consolidó con ocasión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, realizada en Cairo, donde:

> *"El aspecto fundamental de este cambio de paradigma fue apartarse de la noción de que la población es esencialmente una variable macroeconómica de la planificación y las políticas y pasar a adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, en el cual el aspecto fundamental es el bienestar de las personas…*
> *… Como parte de ese cambio de paradigma, la CIPD afianzó la planificación de la familia, que otrora había sido el principal centro de atención de las políticas y programas de población, dentro de un marco más amplio de salud reproductiva y derechos reproductivos, inclusive la planificación de la familia y la salud sexual". http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch1/index.htm (29/11/2008)*

Si bien es cierto que desde la CIPD se llegó a un consenso sobre su definición e importancia, es cierto, también, que, tratándose de un concepto integral envuelve, coherentemente, hombres y mujeres; niños, jóvenes, adultos y ancianos; individuos, familia, comunidad y gobiernos. Siendo así, es evidente la multiplicidad de dimensiones que surge cuando se trata de producir o difundir conocimiento sobre SSR. Una reflexión a la

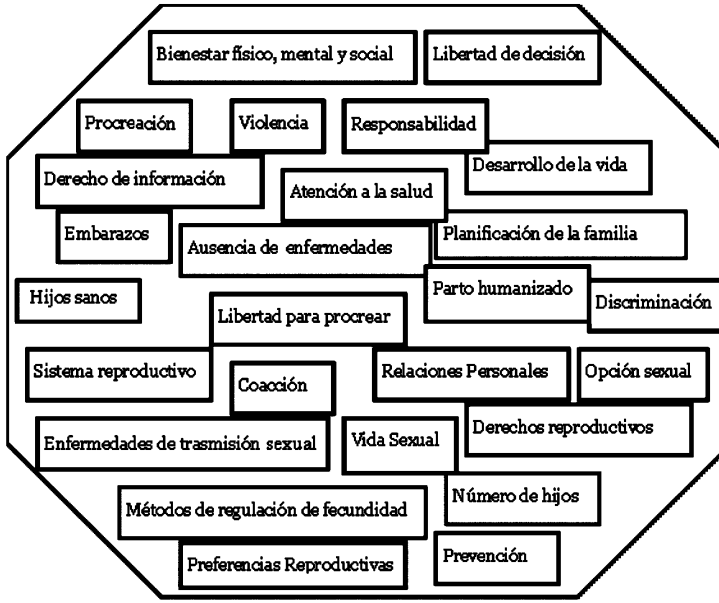
luz de su definición acuñada sobre el manto de la CIPD, por ejemplo, trae a tona las dimensiones como las que aparecen en el cuadro 1.

Debido a las casi infinitas dimensiones que la SSR tiene, las prioridades de una agenda de investigación, además, estarán siempre sesgadas por la formación del profesional que la defina. Un demógrafo definirá sus prioridades sobre SSR en la medida en que esta determine el crecimiento y la composición de la población; antropólogos y sociólogos desearán privilegiar los procesos sociales de formación de la familia para mejor conocer la SSR. Las prioridades pueden, aún, depender de la especialidad que por ventura el profesional tenga: un médico pediatra puede pensar que la SSR debe centrarse en la salud materno-infantil; un genetista podrá inclinarse por definir la SSR en función de la reproducción de células tronco; profesionales dedicados a la salud mental podrán reivindicar que el estudio de la SSR enfoque al individuo desde antes del nacimiento hasta el fin de la vida, después de todo, las normas de convivencia interfieren, con mucha frecuencia, en la sexualidad del ser humano. Muchos representantes de la Sociedad civil, como el movimiento feminista, priorizan las relaciones de género como *la* variable que debe ser incluida en cualquier generación de conocimiento sobre SSR, y en esta línea, estudios sobre el comportamiento reproductivo masculino debieran ser incluidos. Otros grupos, en cambio, priorizan la variable etnia y otros, aún, urgen que la SSR se estudie sobre el prisma de la desigualdad social. Religiosos pueden limitar su enfoque a la función de tener hijos de la mujer –y, eventualmente, de la pareja. Planificadores pueden relacionar SSR a la cantidad de habitantes del planeta, y al descubrir que *ya no se tienen hijos como antes,* pueden correr el riesgo de dispensar su atención a la SSR.

Esta multiplicidad de conceptos, dimensiones e intereses, al mismo tiempo que dificulta el consenso sobre prioridades de una agenda de investigación en SSR facilita el reconocimiento de la urgencia por generar conocimiento y evidencias que contribuyan a la solución de los igualmente múltiples problemas que existen con relación a la SSR.

En base a los términos incluidos en el cuadro 1 podríamos enumerar muchas más especialidades del conocimiento humano y continuaremos encontrando diferentes puntos de vista sobre las prioridades para avanzar en el conocimiento de la SSR. El aspecto positivo de esta falta de consenso sobre las prioridades de investigación en lo que se refiere a la SSR es que, en un momento en que, no más se discute sobre su importancia, ella llama nuestra atención, obligándonos, de esta forma, a organizar el pensamiento, dialogar con múltiples disciplinas, y, en las diferencias, encontrar las comuniones que nos permiten reconocer los problemas de la SSR e identificar las muchas lagunas de conocimiento que existen.

Cuadro 1
Selección de Conceptos y Dimensiones mencionados en una definición de Salud Sexual y Reproductiva



Fuente: Elaborado con base a la definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

En esta línea de raciocinio, la presente publicación es una muestra de la atención dada por los profesionales ligados a estudios de población a las más diversas prioridades de la SSR. Ella es una selección de los trabajos presentados en las tres primeras conferencias de la Asociación Latino Americana de Población (ALAP)[2]. El conjunto de artículos seleccionados retrata tanto la situación de la SSR en América Latina como la óptica a través de la cual la ALAP la estudia. Los trabajos has sido agrupados en cinco partes, con el siguiente contenido:

La Parte I de este libro "Pocos hijos: meta alcanzada ¿Meta? ¿Alcanzada?" tiene como racionalidad una de las pocas comuniones referidas anteriormente: la rapidez con que se viene dando el descenso de la fecundidad en la Región. Esta trayectoria surge en una América Latina de significativa diversidad socioeconómica, contradiciendo –tal como algunos países asiáticos lo hicieron– la certeza de que la disminución de la fecundidad ocurre, solamente, si fueron satisfechas las demandas de salud reproductiva. (Ver por ejemplo, Potts e Campbell; 2005).

Son cinco artículos los que componen esta sección. Los tres primeros oscilan en torno del posible ingreso de grupos poblacionales a fases más avanzadas de la transición demográfica una vez que la disminución de la fecundidad es incontestable. Los dos primeros pasan muy de cerca por la segunda transición demográfica (STD), y a pesar de encontrar indicadores propios de una STD, constatan, como Alfonso Armas (2008) que ella no representa lo que es en contextos europeos. Ya el tercer artículo, decididamente constata que, los países latinoamericanos que considera, están, por lo menos, abandonando la primera fase de la transición de la fecundidad. Los últimos dos artículos que componen esta primera parte tratan de la anticoncepción, que, se sabe, es el determinante próximo absolutamente más importante en la disminución de la fecundidad registrada en América Latina. Lo notable de esta característica es la diversidad de los métodos usados en los países seleccionados.

Siendo la baja fecundidad uno de los indicadores de una posible segunda transición demográfica (STD) y que está presente en las ciudades de Montevideo y Buenos Aires, **Wanda Cabella, Maria Constanza Street y Andrés Peri**, abren este capítulo con el trabajo ***"La Segunda Transición Demográfica en Montevideo y Buenos Aires. Una contribución a su estudio desde una perspectiva biográfica"*** y discuten esta posibilidad. Uno de los ejes de discusión gira en torno de la incorporación del ingrediente posmoderno que caracteriza a los países en curso de la STD a los valores familiares: En "ambas orillas del Río de la Plata, los indicadores muestran cierto avance respecto a los valores nacionales… … Tanto el patrón de cambio como los niveles alcanzados parecen indicar, al menos desde la perspectiva de los indicadores demográficos, que ambos países se encuentran experimentando los cambios que predice la STD" Esta enfática constatación es seguida de inquietantes incógnitas: "¿se trata de un fenómeno que involucra a todos los sectores sociales? ¿Las diferencias entre estratos sociales se amplían o reducen a lo largo del tiempo? Las respuestas a estas preguntas cobran amplia relevancia en el marco del debate actual, ya que apuntan a dilucidar en qué medida los comportamientos observados son producto de los procesos de difusión de nuevas pautas culturales y en qué medida son reflejo de las formas de exclusión de los sectores más vulnerables." Encuestas de carácter biográfico responden parcialmente a las incógnitas levantadas por los autores y ofrecen evidencias aparentemente contradictorias, como por ejemplo, preferencias reproductivas insatisfechas, en mayor medida, entre mujeres que cohabitan; esta condición, como se sabe, es un estatus típico de una STD. Así, concluyen los autores: "Uno de los factores que caracteriza nuestras sociedades es la incertidumbre que se instala en la vida de los individuos, la cual puede provenir del postmodernismo, como en el caso europeo, pero también de los procesos de desestructuración en el marco de sociedades cada vez menos igualitarias, con escasa intervención del

Estado en la reducción de las desigualdades… … Los cambios en la nupcialidad que acompañan la STD traducen entonces las diversas formas en las que puede concretarse la vida en pareja y en familia en un contexto de incertidumbre creciente".

El segundo artículo dentro de un contexto de bajos niveles de fecundidad, al cual todos los países latinoamericanos muy probablemente llegarán en el corto plazo, es de autoría de **Andrés Perí e Ignacio Pardo**. Ellos estudian también, la precaria implantación de las preferencias reproductivas en uno de los países más educados del continente: ***"Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?"*** La hipótesis central presume que las mujeres de clase media tienen menos hijos que los deseados, mientras que las mujeres de clase baja tienen más hijos que los que declaran como ideal. "Si bien se dan los comportamientos esperados (en mayor medida, son los sectores bajos en nivel socioeconómico y educación quienes tienen más hijos que lo deseado), se verifica una tendencia general por la cual tener una fecundidad menor a la deseada es más común de lo que se preveía". Dar a las mujeres el derecho de tener el número deseado de hijos –en que pese cualquier connotación ideológico-política– fue siempre la consigna de los defensores de la planificación familiar. Actualmente, y cada vez con más frecuencia, surgen grupos poblacionales que no tienen el número deseado de hijos: los tienen en número menor. Es pertinente preguntar: ¿es esto una violación de los derechos reproductivos de las parejas? En fin, volviendo al estudio de Peri y Pardo, ellos concluyen por la necesidad de políticas diferenciadas por sector social para reducir la insatisfacción entre el deseo y la fecundidad real. Más aún, proclaman, audazmente, por el cumplimiento de "la máxima de la sociedad de contracepción perfecta: que cada persona tenga los hijos que desea".

Forma parte de esta triade de artículos sobre baja fecundidad la contribución de **Adriana de Miranda-Ribeiro, Eduardo L.G. Rios-Neto y José Antonio Ortega.** Buscan evidencias sobre el futuro comportamiento reproductivo, prediciendo posibilidades de niveles menores aún. Es el trabajo "***Declínio da fecundidade no Brasil e México e o nível de reposição: efeitos tempo, parturição e quantum"***. Se trata de una contribución analítico-metodológica comparando los mega-países del continente destacando lo que hilvana estos tres artículos: la meta (¿meta?) de una fecundidad inferior al nivel de reposición poblacional alcanzada en menos de medio siglo. La importante contribución de Miranda-Ribeiro y sus colegas es el descubrimiento de grandes posibilidades de continuación de la disminución de un nivel de fecundidad que ya es muy bajo. Segundo los autores, esto ocurriría debido a cambios en el *tempo* –que implica un proceso de postergación de la edad al tener los hijos. Brasil y México estarían en una primera fase de transición demográfica que se caracteriza por ba-

jar la fecundidad en todas las edades y órdenes de nacimiento, sin postergación de la edad al tener el hijo; en esta fase, el *quantum* predomina. En la segunda fase, mayor educación y empleo femenino, cambios en la formación y disolución de uniones, entre otros factores, tienden a postergar la fecundidad; en esta fase, el efecto *tempo* es preponderante. En la tercera fase, la postergación finaliza pero no hay recuperación completa de la fecundidad en las edades más avanzadas; en esta fase, el efecto *quantum*, vuelve a predominar. Segundo los autores, Brasil y México están en la primera fase de la transición de la fecundidad y por eso, experimentan disminución (efecto *quantum*). "La cuestión crucial es si los dos países entrarán – y si entran, cuándo – a la segunda fase de la transición de la fecundidad".

Esta primera parte concluye con la presentación de dos estudios sobre la prevalencia de la anticoncepción. Uno de ellos trata de Brasil y Colombia y la predominancia de la esterilización, de los autores **Flávia Alfenas Amorim, Suzana Cavenaghi yy José Eustáquio Diniz Alves:** ***"Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia – com especial menção à esterilização feminina e masculina***". La peculiaridad de este trabajo son los universos de estudio: poblaciones donde la esterilización voluntaria es altamente predominante y donde, al mismo tiempo, el hombre comienza a aparecer en estadísticas tan acostumbradas a contabilizar casi que exclusivamente mujeres. La esterilización voluntaria tiene en común, en estos países, apenas, el hecho de ser típica entre los mayores de 30 años y con más de dos hijos. De resto difieren, tanto en la legislación como en la oferta que estos métodos tuvieron – y tienen, aún. En el Brasil, a pesar de ser prohibida por ley, la esterilización, sobretodo femenina – afirman los autores– siempre fue una práctica presente en el sector público y privado. Se infiere de este artículo que la demanda por ligadura era atendida por el sistema público vía procedimientos irregulares como por ejemplo, inducción de partos por cesárea. En Colombia, la trayectoria habría sido semejante a no ser por la implementación de servicios de panificación familiar, principalmente dirigido a segmentos de población más pobres. Con relación a la anticoncepción masculina, y específicamente la vasectomía, ambos países muestran señales tímidas de aumento de su prevalencia y los autores se inclinan por apostar en una consolidación de esta tendencia. De ser así, algunas incógnitas, bastante elaboradas en las consideraciones finales, deben ser desvendadas: ¿qué métodos serán substituidos? ¿Obedece este cambio a la oferta de más información y más opciones de planificación familiar? ¿Este patrón de comportamiento traerá, implícitas, relaciones de género más equilibradas?

El otro artículo, de **Mário Ernesto Piscoya Diaz y Marisa Alves Lacerda** compara dos países andinos, Perú y Bolivia: ***"Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por***

contracepção no Peru e Bolívia", como el título indica, mide la demanda insatisfecha por anticoncepción en dos contextos relativamente pobres de América Latina y donde, a diferencia de la mayoría de sus vecinos, la prevalencia de uso de métodos tradicionales es relativamente alto. Los autores llaman la atención –en virtud del enorme peso de la abstinencia sexual como práctica anticonceptiva– sobre el desconocimiento del ciclo de ovulación.

Este trabajo es de gran relevancia, pues la importancia de medir la demanda insatisfecha por anticoncepción se justifica en gran parte porque ella es responsable, en la palabra de los autores, por enormes gastos en salud pública y también por pérdidas sociales y humanas, en la medida que está asociada a embarazos no deseados y, consecuentemente, a abortos clandestinos, a la mortalidad materna y a condiciones degradantes de la salud de los niños.

Al constatar importantes diferenciales en la dicotomía urbano-rural, este estudio destaca el papel del gobierno enquanto principal proveedor de métodos anticoncepcionales, como una forma de contrarrestar el efecto perverso de las desigualdades sociales y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres en los países analizados.

Por último, una contribución adicional del artículo es la consideración de características del compañero para medir la demanda insatisfecha por anticoncepción. Aspecto raramente considerado en otros estudios. Entre los resultados que los tomadores de decisiones deben considerar está el efecto positivo de la discusión de planificación familiar con el marido o compañero sobre la demanda por anticoncepción.

La parte II de este libro: "Adolescencia: cultura, riesgos y reproducción: cómo intervenir para mejorar la SSR" está dedicada a un importante segmento de la población: a los jóvenes de 15 a 19 años, responsables por lo que en Demografía se acostumbra denominar *fecundidad adolescente*. En un contexto de generalizado descenso de la fecundidad, como mencionado, y donde las mujeres tienen la oportunidad de permanecer más tiempo dentro del sistema educativo y entrar al mercado de trabajo en mejores condiciones que en épocas pasadas, sorprende que el nivel de fecundidad de las jóvenes haya permanecido inalterado y en muchos casos, inclusive, aumentado. Dadas las posibilidades de realización del ser humano del siglo XXI, existe un consenso generalizado sobre la escasa –y muchas veces nula– conveniencia de un embarazo adolescente. De hecho, las tendencias de aumento registradas en la maternidad/paternidad son consideradas resultantes de un complejo problema social y de naturaleza demográfica, cultural y, aun, política (Furstenberg, Jr. F.F.; 1998; Almeida et al., 2006). Es, talvez, en las consecuencias que trae el comportamiento reproductivo para los adolescentes, donde las desigualdades sociales son más reveladoras.

Adicionalmente, sorprende, también, que sus niveles de fecundidad sean, comparativamente, similares a aquellos encontrados en países de muy incipiente transición demográfica, mientras que entre las mujeres de 30 o 35 y más años de edad, estos niveles sean, a veces, más bajos que los equivalentes encontrados, por ejemplo, en países de Europa central. ¿Por qué ha disminuido tan poco la fecundidad entre los adolescentes? ¿Qué riesgos corren los jóvenes cuando se trata de SSR? Los artículos de esta sección del libro fueron seleccionados con la finalidad de ayudar a buscar esta respuesta.

El artículo de Jorge Rodríguez Vignoli es el paño de fondo que documenta la discusión propuesta: "***Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?***" Además de presentar extensiva evidencia, el autor demuestra que la escasa correlación entre la fecundidad adolescente y la fecundidad total es talvez una característica típica de América Latina. Demuestra, también, que, contrariamente, no es, más, un fenómeno típico de jovencitas rurales o sin escolarización. La insistencia de la fecundidad adolescente de permanecer en niveles altos resultaría, como dicho líneas antes, de un complexo multidimensional; de "un síndrome de modernidad truncada en dos ámbitos: i) sexual, por la combinación de una liberalización de la conducta sin un aumento de la capacidad de control anticonceptivo personal (psicológico y familiar) y material (acceso a servicios); y, ii) social, por un aumento de las acreditaciones formales (en particular, educación) sin una expansión consecuente de las oportunidades materiales (en particular, trabajo)." El autor da, adicionalmente, extrema importancia al compromiso de los servicios de salud para que los cambios esperados se tornen realidad.

El comportamiento reproductivo del cual resulta la fecundidad adolescente, aunque obvio, debe ser explicitado: no es un fenómeno exclusivamente femenino, y por esta razón, los hombres tienen que formar parte del análisis y la dimensión género es, consecuentemente, traída a colación. Los cuatro artículos siguientes incorporan, en diversas medidas, esta dimensión en la línea de discusión levantada por Jorge Rodríguez.

Carlos E. Aramburu y Rosario Arias Quincot, mediante un estudio cualitativo presentado en el artículo "***Dimensiones culturales del embarazo en la adolescencia"*** concuerdan con la complejidad del fenómeno: "…el embarazo adolescente es la parte visible, es como la punta de un iceberg. Por debajo hay una serie de procesos, imágenes, valores que no todos comparten de la misma manera, pero que se entrecruzan y tocan. Es decir, pueden coexistir varios modelos mentales contradictorios". El papel masculino no es discutido directamente, pero está presente a lo largo del análisis y se extiende, no solamente al actor de las relaciones que culminan en el embarazo, sino también, a los roles de padre, her-

mano o jefe del hogar de origen de la joven, tal como sugieren las frases incluidas en el artículo y que se reproducen a seguir:

> *"Ya tenía 15 años y me seguían pegando peor, no querían que yo tenga un enamorado (…) no querían que yo salga a la calle (…) De ahí se enteraron que yo tenía mi enamorado, le contaron a mi hermano y mi hermano entonces me agarró a golpes" (del texto de Aramburu y Quincot – En esta publicación)*

> *"Yo metí la pata (se embarazó) porque mi papá no quería que estea con él. O sea pensando yo, o pensando los dos (…) teniendo un hijo íbamos a poder vernos, y estar juntos (…)" (del texto de Aramburu y Quincot – En esta publicación)*

Así, una de las recomendaciones de los autores es la de incorporar la perspectiva de género que involucre a los varones. "Las representaciones masculinas en torno a la sexualidad y al embarazo constituyen un factor fundamental para explicar la alta incidencia de embarazo adolescente en nuestro país (Perú)".

Un artículo que explícitamente considera ambos sexos para comprender la sexualidad adolescente es el de **Ivonne Szasz.** La comparación de las diversas realidades del mundo joven para contextualizar la iniciación y prácticas sexuales en México y Chile en: **"*Las prácticas sexuales de los jóvenes en dos países latinoamericanos y su relación con los contextos sociales y la desigualdad*"** le permite constatar las "diversas realidades y diversas normas respecto de las prácticas sexuales de los jóvenes". "En algunos segmentos de nuestras sociedades, sobre todo en las zonas rurales y en los estratos de menor ingreso socioeconómico, las normas que vinculan la sexualidad de las mujeres jóvenes al parentesco y al matrimonio continúan siendo observadas. En otros contextos y grupos sociales más modernizados y escolarizados, donde se exigen mayores niveles de autonomía a los individuos, las normas sobre el comportamiento sexual adecuado se multiplican y diversifican, correspondiendo más a un campo de decisión y responsabilidad individual que a una vigilancia social". La autora constata una diversificación de conductas, de relaciones desequilibradas de género y de desigualdades sociales en las prácticas sexuales. Todas ellas están asociadas a la situación conyugal, inserción escolar, laboral y migratoria; así como a la presencia de embarazos y el acceso a la anticoncepción y a la interrupción de embarazos. Estas conductas, afirma Zsazs, "están estrechamente vinculados al orden de género y a la estructura de clases sociales vigente en cada país".

Acompañado las desigualdades sociales constatadas en el trabajo de Zsazs, el trabajo de **Fátima Juárez y Tais de Freitas**, muestra de forma concreta los riesgos de adolescentes masculinos en situación vulnerable.

El artículo ***"El comportamiento sexual riesgoso entre los adolescentes varones de áreas de bajo-ingreso en Recife, Brasil"*,** contribuye, oportunamente, para disminuir la falta de evidencias para incorporar la población masculina en estrategias de mejor SSR. Analiza detalladamente los factores involucrados en conductas sexuales de riesgo entre jóvenes de una favela brasileña y muestra las barreras para prácticas sexuales seguras y los factores que facilitan una mejora en la salud reproductiva. Los varones, afirman las autoras, imaginan que la transmisión de DST sólo ocurre con parejas ocasionales, no con aquellas emocionalmente estables. De esta forma, la asociación directa entre uso de condón y grupos de alto riesgo es un obstáculo para el uso del condón en todos los tipos de pareja y, por consiguiente, pone en riesgo de transmisión de DST a todos los jóvenes. Las autoras sugieren fuertemente la inclusión de educación sexual en el currículo de enseñanza media, y, en consonancia con Rodríguez Vignoli, enfatizan el papel crucial del Sistema de salud. Específicamente del sistema de atención básica. "Los condones son distribuidos gratuitamente en casi todas las clínicas de salud; sin embargo, para registrarse para la dotación de condones, el joven tiene que inscribirse y pasar por una revisión médica. Los jóvenes de nuestro estudio señalaron que les disgusta el control médico para obtener los condones… Una gran proporción de jóvenes se beneficiaría de un mejor acceso a los condones y anticonceptivos si fueran distribuidos de una forma más adecuada y amigable."

El último trabajo de esta sección, enfoca, como el anterior, una dimensión poblacional menor para mejor evaluar las posibilidades de intervención. Las autoras **Grisell Rodríguez Gómez y Marisol Alfonso de Armas** construyen un marco teórico que incluye como principal referencia el trabajo de Davis, K. y Blake, J. 1967 para ser aplicado a la comunidad: ***"La comunidad urbana como un espacio para incidir en la salud reproductiva adolescente. Un estudio de caso".*** Se estudia el papel de las redes horizontales y verticales de apoyo en la comunidad, el rol de la iglesia y la religiosidad y el papel de las familias y la transmisión de los valores a través de ellas. Preocupadas con el inicio precoz de la fecundidad –aunque no necesariamente de la vida sexual– y los extremamente bajos niveles de la fecundidad total en Cuba, las autoras recomiendan que cualquier intervención para modificar las tendencias reproductivas considere los vínculos encontrados mediante el análisis de esas redes. "Resulta posible recomendar a los gobiernos urbanos locales, estrategias de acción que permitan desde las peculiaridades de cada comunidad una adecuada y eficaz incidencia en comportamientos reproductivos y de salud sexual sobre todo hacia la población joven, tomando en cuenta las peculiaridades de cada sitio y las características de dichas comunidades".

La parte III de este libro: "Derechos reproductivos: salud materna, salud de los niños, salud de las mujeres" en sintonía con los artí-

culos anteriores y con la ya mencionada multidimension, muestra otras facetas de la SSR. En otras circunstancias esta sección habría sido, quizás, la más evidente –o la primera– una vez que la salud de la mujer, muy frecuentemente, en el pasado reciente, era la salud materna! Esta dimensión, continúa presente, sin embargo, nos parece conveniente que venga acompañada de otra dimensión: de la de derechos reproductivos.

Así, el primer artículo de esta sección, es de **Glaucia dos Santos Marcondes y Ana Paula Belon.** Trata de la mortalidad materna, y sobre la premisa de que, particularmente en Salud Pública, la medición de cualquier fenómeno seria un asunto de derechos humanos, presentan el artículo **"*Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos no México e no Brasil entre 2000 e 2004*"**. Se trata de una contribución solitaria, pues fueron las únicas profesionales que, a lo largo de las tres conferencias de ALAP, se preocuparon con el tema. Es preocupante, pues según ellas, datos recientes muestran que la reducción anual de las muertes maternas en América Latina habría sido algo en torno de 2,2%, muy distante de lo establecido por los Objetivos del Milenio, que establece una disminución anual de 5,5% al año. El artículo señala el actual nivel de mortalidad materna para estos países y destaca algunas de las intervenciones de éxito para disminuirlo; citan, por ejemplo, el funcionamiento de los comités de vigilancia materna y el papel de los movimientos feministas. Sin dejarse llevar por el pesimismo, las autoras destacan los avances significativos con relación a los servicios de salud y de los sistemas de información "Hay, sin embargo, aun, un largo camino a ser recorrido para garantizar no solamente el derecho a la salud si no también, mejores condiciones de vida para mujeres, hombres y niños".

Forma parte de esta sección, el artículo de Andrea Collado Chaves, con un oportuno ejercicio sobre el retorno social del potencial de la mujer en cuatro países centroamericanos y que llama la atención para la desigualdad social: "Analfabetismo y su costo en el deterioro de la salud de materno infantil en Centroamérica". Con un desarrollo metodológico muy claro, la autora cuantifica el efecto y los costos del deterioro de la salud de las madres en edad fértil y sus hijos menores de cinco años debido a la falta de educación formal de estas mujeres. "El efecto final cuantifica los beneficios que las sociedades dejaron de percibir en términos de los ingresos laborales perdidos. Las cuestiones éticas están consideradas y la autora tiene conciencia de que el valor de un ser humano va más allá de mediciones de ingresos y de la limitación metodológica de no haber tratado con datos longitudinales. Aún así, el artículo consigue aproximarse a la magnitud de las pérdidas causadas por no alfabetizar a la mujer. "El analfabetismo le costó a Centroamérica 166 millones de dólares. Lo real de estas estimaciones es que algunas de estas pérdidas ya se dieron y son producto de las brechas en educación formal que existen en los países. Por ejemplo, durante el quinquenio anterior fallecieron alrededor de

11.000 menores de cinco años a causa de que sus madres no fueron alfabetizadas. Evitar estas muertes le habría costado a los sistemas de salud de Centroamérica alrededor de $100 dólares anuales por infante, a cambio un beneficio que excede los $3000 dólares por niño o y niña que lograra sobrevivir". Sin duda, la réplica de este ejercicio metodológico puede servir "como base para estudios de costo-beneficio o costo-efectividad, que puedan en un futuro cercano orientar las decisiones económicas y políticas de cada país".

El siguiente artículo dentro de esta sección, al igual que los otros, relaciona aspectos de la SSR y la desigualdad que domina América Latina: ***"La mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas".*** Las autoras **Rubby Marcela Martínez Bejarano y Carolina Martínez Salgado** se valen de estadísticas recientes y demuestran que las dos enfermedades son, realmente, serias amenazas para la salud y la vida de las mujeres. Al aplicar lo que ellas denominan *Análisis Individual*, encuentran que las desigualdades en los factores sociodemográficos y las condiciones de acceso a los servicios de salud son determinantes de los niveles de mortalidad de estas patologías "toda vez que están significando un altísimo número de años de vida perdidos y años de vida saludable perdidos. Esto ameritaría que los planes de salud consideraran estas desigualdades para adaptar sus estrategias a estas diferencias y hacerse acorde a las necesidades particulares de cada región". Los factores de riesgo para las patologías estudiadas son múltiples y los datos utilizados comprueban y reflejan la heterogénea distribución regional de la mortalidad por estas condiciones. Lo que las autoras enfatizan, sin embargo, son las desigualdades socioeconómicas que acentúan la desigualdad frente al riesgo de enfermar y de morir por estas causas.

La parte IV de este libro: "Las uniones conyugales – contribuciones para su estudio incorporando la dimensión género" reúne dos artículos. La diferencia con las otras secciones, numéricamente con más contribuciones, es indicativa de la dificultad de trabajar con esta dimensión, pues *género*, sabemos, no es sinónimo de *sexo*[3]. El género estaría determinado por complejos procesos socio-culturales económicos y aún, ambientales. Así, podemos tener innúmeros tratados sobre SSR según sexo; ciertamente, tratarán de todas las dimensiones mencionadas a lo largo de esta introducción, dividiendo los análisis según hombres y mujeres. Muy pocos, sin embargo versarán sobre SSR y género, es decir, sobre las relaciones construidas para relacionar hombres y mujeres.

Así, el trabajo ***"Tipo de unión y violencia de género: una comparación de matrimonios y uniones consensuales en América Latina"*** de las autoras **Teresa Castro Martín, Teresa Martín García y Dolores Puga González** hace un esfuerzo por documentar el difícil tema de la violencia de género, sabiendo de antemano de la escasez de investigaciones

sobre las interrelaciones entre tipo de unión e igualdad de género en América Latina. El trabajo incluye una importante revisión bibliográfica sobre el tema, buscando evidencias en contextos desarrollados, donde el aumento de la cohabitación va de la mano con mejores oportunidades para las mujeres. Los resultados del análisis, con base en cuatro países (República Dominicana, Perú Nicaragua y Colombia) apuntan a que la posición de la mujer es más desfavorable y la convivencia en pareja más problemática en las uniones consensuales que en las matrimoniales. Después de controlar por la duración de la unión y numerosas características y apuntar las posibles limitaciones de los datos y de la metodología, las autoras concluyen "que las mujeres en uniones consensuales tienen un mayor riesgo de sufrir violencia conyugal que las mujeres casadas". Como en previos artículos, se deduce de los resultados de estas autoras, que la cohabitación en América Latina no tiene las mismas connotaciones que tiene en contextos desarrollados. Otro hallazgo peculiar: las mujeres más educadas, que contarían con mayores recursos –tanto económicos como sociales– les permitirian abandonar una unión insatisfactoria y, tendrían menos riesgo de sufrir violencia conyugal. La educación, afirman las autoras, no impide la violencia intrafamiliar.

Siguiendo la línea de cambios en uniones conyugales buscando indicios de una segunda transición demográfica, **Adriana Pérez Amador** presenta el artículo: ***"La disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal en México: dos aproximaciones metodológicas"***. El artículo cuenta con una importante revisión bibliográfica sobre la evolución de la nupcialidad en México y presenta abundante evidencia empírica sobre el asunto con un tratamiento metodológico bastante adecuado. Los resultados señalan que habría, de manera incipiente, algunos rasgos de STD en México. Aunque se notan grandes divergencias en el patrón de comportamiento según género con relación al riesgo de uniones y disoluciones, las divergencias intergeneracionales, afirma la autora, no son tan evidentes. Entre los varios hallazgos diferenciados por género, vale la pena mencionar el riesgo de unión asociado al embarazo: "Este hecho aumenta el riesgo de unión para ambos sexos, pero la intensidad es mayor para los hombres. Una mujer embarazada al momento de unirse, se une 20% más rápido que aquella que no estaba embarazada cuando se unió; y un varón, cuya pareja estaba embarazada, se une 50% más rápido que aquel que aún no esperaba un hijo al momento de unirse".

La parte V de este libro: "Salud sexual y reproductiva y población indígena en Latino América", reúne tres artículos representando la diversidad indígena del continente.

El artículo de **Lilia Rodríguez** muestra cómo la falta de sintonia entre la visión occidental y la indígena puede propiciar la injusticia social. Sabiendo que en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas asociadas a factores culturales, especialmente a la discrimina-

ción étnica presente en los servicios públicos de salud, presenta el artículo ***"Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital 'San Luis de Otavalo', Ecuador"***. Explica la falta de acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud pública a pesar de la oferta disponible. Describe el desencuentro entre las percepciones y prácticas de salud de las mujeres indígenas y las concepciones y prácticas del personal de salud sobre el proceso reproductivo. "El escaso conocimiento que tiene el personal de salud sobre la cultura andina indígena, constituye un obstáculo al mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital. Junto al escaso conocimiento existen también prejuicios respecto de las prácticas comunitarias. Los discursos oficiales y legítimos sobre la salud, están concentrados en el personal de salud. No obstante, los agentes de salud comunitarios desarrollan otros discursos y otras prácticas que sin ser oficiales, tienen legitimidad en el mundo indígena." La posibilidad de encuentro de prácticas de salud distintas, sustenta la autora, es posible sobre la base de reconocimiento y respeto, y reconociendo: (i) que la visión occidental de la salud no puede predominar, (ii) el Ecuador es heterogéneo, y (iii) los saberes y prácticas de salud del mundo indígena tienen su propia filosofía..

El artículo sobre los pueblos indígenas brasileños de **Heloisa Pagliaro y Marta Azevedo**, con el título: ***"Comportamento reprodutivo de povos indígenas no Brasil. Interface entre a demografia e a antropologia"*** trae importantes subsidios desde el punto de vista de las dos disciplinas mencionadas en el título para la salud sexual y reproductiva entre los pueblos indígenas brasileños, que, como se sabe, tienen un contacto delimitado con el resto de los brasileños. Las autoras alertan, en las primeras líneas del trabajo, la amenaza de desaparecimiento de estos pueblos y su reciente recuperación, como preámbulo para introducir al lector a una parte del mundo de la reproducción humana entre los pueblos indígenas. Son presentados varios pueblos, cada uno con sus especificidades y detalles que atienden al interés, tanto de antropólogos como de demógrafos. Por la peculiaridad de la cultura indígena brasileña, el choque de posturas entre estos pueblos y el resto no se manifiesta en este artículo, no en lo que se refiere a la SSR, por lo menos.

El artículo *"**Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas"*** de **Miguel Ángel Ramos Padilla** completa la selección de artículos que integran la parte dedicada a la población indígena. No obstante, integrar esta sección, trata de aspectos que son transversales a la SSR. En primer lugar, su objeto de estudio, identificando el hombre, incursiona por las relaciones de género; en segundo lugar, a partir de la exploración de los imaginarios sociales de los varones respecto a la reproducción y a la manera como viven su masculinidad busca entender la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real. Es un trabajo de mu-

cha riqueza para entender la procreación y las relaciones de género entre comunidades indígenas, cuyas conclusiones podrían extenderse con relativa facilidad a toda la región andina. A partir de análisis cualitativo cuidadosamente elaborado, como las citaciones a seguir, el autor descubre la gran y doble presión social por tener hijos (hombres) y por darles condiciones económicas seguras:

> *"Yo trataría de responder de que se trata de una cuestión equivocada de machismo tonto, el hombre que mientras más hijos tiene es más macho, eso he escuchado en muchas partes. En relación que he tenido amigos y todo, existe la creencia de que el más macho tiene más hijos" (del texto de Ramos Padilla, en esta publicación)*

> *A veces también ellas dicen 'papito a mi hermano le has puesto a ese colegio ahora yo también voy ir ahí', y eso ya preocupa (...) De repente no podemos tener alcance suficiente para dar educación a los hijos. Es que ahora al hijo y a la hija también se le hace educar, ahora ya no hay herencia, eso es en vez de herencia" (del texto de Ramos Padilla, en esta publicación)*

Finalmente, el autor concluye que la afirmación de la masculinidad, "siguiendo el modelo hegemónico del macro sistema social, se impone" convierte al hombre en un "factor fundamental de riesgo para la fecundidad no deseada que contradice los derechos reproductivos de las mujeres, pero también de los mismos varones."

Cuadro 2
Definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual." (Párrafo 7.2)

"Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos..." (Párrafo 7.3)

**Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD. Reproducido de: OMS "Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo" - Organización Mundial de la Salud, Ginebra / Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/ OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana (https://www.who.int/reproductive-health/publications/es/strategy_es.pdf - 29/11/2008)*

Cuadro 3
Congresos realizados por la Asociación Latino Americana de Población (*)

1. Población, pobreza, desigualdad y exclusión en América Latina y Caribe Caxambú, São Paulo, Brasil, 18 - 20 de Septiembre 2004

2. La demografía latinoamericana del siglo XXI - Desafíos, oportunidades y prioridades. Guadalajara, México, 3-5 Septiembre de 2006

3. La población de América Latina y el Caribe: Retos en torno a la desigualdad y la diversidad. Córdoba, Argentina, 24 - 26 de septiembre de 2008.

(*) http://www.alapop.org/

Notas

1 CEDEPLAR/UFMG – Dpto de Demografía. Este trabajo cuenta con el apoyo del programa de auxilio a la investigación del Conselho Nacional de Tecnologia e Pesquisa (CNPq) del Brasil.

2 Ver en el Cuadro 3 el detalle de las tres conferencias;

3 La siguiente frase, ejemplifica bien la diferencia entre estas categorías conceptuales: "Atenea nada tiene de sexo, excepto el género, y nada de mujer excepto la forma". En: Raymond Williams, Keywords, Nueva York, 1983, p. 285. Citado por: Joan W. Scott (Sin fecha) El género: una categoría útil para el análisis histórico-http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf (Em 30/11/2008)

Bibliografía

ALFONSO ARMAS M. (2008) "No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba" – Tesis de doctoramiento – Cedeplar/UFMG – Belo Horizonte, 2008.

ALMEIDA M. C . C., Aquino E.M. L. Pinheiros de Barros, A. (2006) School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals – In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7):1397-1409, jul, 2006.

DAVIS, K. y Blake, J. 1967. "La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico." En Factores Sociológicos de la Fecundidad CELADE, Naciones Unidas, Universidad de Chile. Gráfica Panamericana, México, D.F.

FURSTENBERG, Jr. F.F. (1998) When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries. In: Studies in Family Planning, Vol. 29, No. 2, Adolescent Reproductive Behavior in the Developing World (Jun., 1998), pp. 246-253.

POTTS, M. e Campbell M. (2005) Reverse Gear: Cairo's Dependence on a Disappearing Paradigm. In: Journal of Reproduction & Contraception (2005) 16 (3):179-186.

Parte I

POCOS HIJOS: META ALCANZADA ¿META? ¿ALCANZADA?

LA *SEGUNDA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA* EN MONTEVIDEO Y BUENOS AIRES. UNA CONTRIBUCIÓN A SU ESTUDIO DESDE UNA PERSPECTIVA BIOGRÁFICA

Wanda Cabella[1]
María Constanza Street[2]
Andrés Peri[3]

Introducción

Las transformaciones ocurridas en la organización familiar en el mundo desarrollado desde mediados de los años sesenta son la expresión de lo que algunos investigadores han denominado la Segunda Transición Demográfica (STD). Bajo este rótulo, la comunidad de demógrafos buscó describir y explicar la convergencia de la mayoría de los países industrializados hacia bajos niveles de nupcialidad legal, alta incidencia de rupturas conyugales, una creciente proporción de nacimientos extramatrimoniales y niveles de fecundidad persistentemente ubicados bajo el umbral de reemplazo generacional. Aunque aún es objeto de controversia si este conjunto de cambios tiene la trascendencia que tuvo la primera transición demográfica (Coleman, 2004; Cliquet, 1991), la elección del nombre y la adopción generalizada de este concepto dan cuenta de su relevancia.

Las principales características de estos cambios fueron su extrema rapidez y la incorporación prácticamente en avalancha de los países desarrollados del mundo occidental (Roussel, 1989). En el transcurso de una década (1970 a 1980) la mayoría de los países de Europa Noroccidental, los Estados Unidos, Canadá y Australia fueron testigos de la brusca caída de las tasas de nupcialidad a la mitad de los valores de fines de 1960 y de la duplicación de la frecuencia de los divorcios, al tiempo que las uniones consensuales y los nacimientos fuera del matrimonio comenzaron a ser

una alternativa cada vez más frecuente entre las nuevas generaciones (van de Kaa, 1987).

La trascendencia de estas transformaciones nos coloca frente a un interrogante: si nos encontramos frente a un proceso de cambio demográfico de igual escala que la primera transición y si éste tiene el mismo patrón de difusión, es decir, desde los países más desarrollados a los menos desarrollados. En este sentido, la eventual participación de los países de América Latina en la STD comienza a perfilarse como uno de los ejes de debate en la región (Cabella, 2008; García y Rojas, 2001; Paredes, 2003; Quilodrán, 2008; Laplante y Street, en prensa, Rodriguez Vignoli, 2004; Torrado, 2003, entre otros).

> *Pero a diferencia de la primera, la segunda transición incluye un componente valorativo y conductual que difícilmente pueda ser captado a través de la información con la que usualmente se describen las características de las uniones y las familias en nuestros países. En efecto, tal como ha sido formulada por Lesthaeghe y van de Kaa (1986) y van de Kaa (2002), la STD está ligada a la búsqueda de la autonomía individual, a la existencia de relaciones de género más igualitarias y a la adopción de nuevos modelos biográficos, más flexibles y complejos. Esto significa, que las trayectorias ya no se definen exclusivamente por el abandono del hogar de origen para formar la propia familia, ni por la formación de una pareja "hasta que la muerte los separe". Asimismo, la difusión y la eficacia de la moderna tecnología anticonceptiva permiten que las relaciones de pareja transcurran con mayor libertad, sin estar necesariamente ligadas a la constitución de una familia. Las biografías de los individuos quedan definidas por distintas secuencias, que pueden combinar periodos de convivencia y periodos de vida en solitario.*
>
> *Una de las preguntas claves que constituye el eje del debate en la región es si el cambio familiar incorpora o no el ingrediente posmoderno que caracteriza a los países en curso de la STD. Algunos trabajos orientados a interpretar las tendencias observadas en América Latina han concluido que la evidencia estadística no parece confirmar el inicio de la segunda transición, si se exceptúan algunos cambios sintomáticos en el Cono Sur (García y Rojas, op.cit.). Asimismo, otros autores que han estudiado este fenómeno, particularmente en Uruguay, sostienen que éste es reflejo de la creciente desintegración social más que de la llegada de la modernidad tardía, que sólo caracterizaría los comportamientos de sectores educados y minoritarios* (Filgueira, 1996; Kaztman, 1997).

Uno de los mayores escollos que enfrenta la incipiente discusión sobre el eventual comienzo de este proceso y sobre los sectores sociales

que lo protagonizan, es la escasez de información adecuada para captar el avance y la forma del cambio familiar. Esto se debe a que, para ello, sólo se cuenta con los datos provenientes de las fuentes tradicionales (censos, encuestas de empleo y estadísticas vitales), las que por diferentes motivos (propósitos, metodología y condiciones de producción del dato) no son las más adecuadas para registrar estos nuevos fenómenos, ni los cambios a lo largo del tiempo en las sucesivas generaciones. Esta situación se ve agravada en aquellos países que no han participado en la serie de encuestas de Demografía y Salud, como Argentina y Uruguay, ya que ellas se han convertido en la fuente de consulta privilegiada para el estudio de estos fenómenos en la mayoría de los países de la región.

Teniendo en cuenta este escenario, hacia fines de la década de 1990 y principios de 2000 se llevaron adelante dos encuestas que representan un significativo avance en el desarrollo de nuevas metodologías orientadas a captar los cambios familiares desde una perspectiva longitudinal y biográfica. Ellas son: La Encuesta de Situación Familiar (ESF) realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) a fines de 1999 y la Encuesta de Situaciones Familiares y Desempeños Sociales en Montevideo y Área Metropolitana (ESFDS) realizada en el año 2001[7].

La disponibilidad de dos encuestas realizadas en fechas próximas y con cuestionarios muy similares, permite explorar los patrones de comportamiento nupcial y procreativo en base a información de índole biográfica. Más precisamente, estas fuentes permiten estudiar la modalidad de ingreso en la primera unión y la trayectoria de las uniones según su duración, por ejemplo, la llegada de un hijo y la disolución conyugal, comparando los cambios en las distintas promociones y generaciones. Asimismo, permiten analizar la permeabilidad de los cambios en espacios caracterizados por grandes desigualdades sociales, diferenciando los comportamientos según estratos sociales. En síntesis, la información recabada resulta altamente valiosa considerando que, hasta el momento, los estudios comparativos han estado restringidos al uso de indicadores de nivel agregado y de tipo transversal. El presente trabajo tiene como objetivo comparar y discutir los principales resultados arrojados por ambas encuestas

La evolución de los indicadores de la STD en la Argentina y Uruguay

Durante las últimas dos décadas tanto Argentina como Uruguay muestran algunas tendencias análogas a las observadas en los países desarrollados, lo que no resulta sorprendente tratándose de países que, his-

tóricamente, presentan una dinámica demográfica y una morfología social más cercana a la de estos últimos que a la del resto de los países de América Latina. Sin embargo, ello no implica ignorar las brechas sociales que coexisten al interior de ambos países, las que además se han acrecentado con el correr de las últimas décadas (PNUD, 2005; Beccaria, 2007) A pesar de que en ambos países comienzan a registrarse transformaciones en los indicadores de nupcialidad y divorcialidad a partir de la década de 1970, la década de los ochenta representa sin duda un punto de inflexión en el comportamiento familiar.[8]

Para el caso de Uruguay[9], que cuenta con información continua para todo el período, el grueso de los cambios se produjo en los últimos quince años del siglo XX y su aceleración coincidió con el fin de la dictadura militar (año 1984). Si nos centramos en Montevideo, capital del país y ciudad en la que reside más del 40% de la población total, la tasa bruta de nupcialidad se redujo a la mitad entre 1980 y 2006 (8,7 por mil a 4,3 por mil) mientras que la relación divorcios/ matrimonios prácticamente se duplicó: en 1980 se producían 27 divorcios cada 100 matrimonios y en 2002 su valor alcanza a 48 divorcios cada 100 casamientos. Asimismo, la edad media al matrimonio de las solteras aumentó dos años entre 1990 y 2002 (total país), alcanzando los 27 años al final del periodo. En el caso de los varones se registró un aumento del mismo orden, lo que situó la edad de los solteros al primer matrimonio en 28,8 años. Finalmente, el valor de la tasa global de fecundidad a nivel nacional bajó de 2,5 hijos por mujer en 1985 a 2,04 en 2006 (Varela, 2007). Cabe señalar que la fecundidad montevideana cayó por debajo del nivel de reemplazo a mediados de la década de 1990 y actualmente, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, el valor de la TFG es de 1,7 hijos. Aunque no se posee información sobre la evolución de los nacimientos extramatrimoniales en esta última jurisdicción, es razonable suponer que no difiere mucho de la tendencia observada en el país, cuya proporción se duplicó entre 1980 y 2004 (pasando del 25,0% al 55,6% sobre el total de nacimientos). Esta tendencia es consistente con la creciente importancia de las uniones consensuales entre la población joven. Entre los 25 a 29 años, por ejemplo, la proporción de mujeres montevideanas cohabitantes respecto al total de unidas alcanza al 56,4% en el año 2007, mientras que en 1991 sólo el 16% de las mujeres en estas edades había optado por la unión consensual. En el total del país, el valor de este mismo indicador, referido al total de mujeres entre 15 a 49 años, pasó de 11% en 1987 a 40% en 2007, según los datos obtenidos a partir de las Encuestas Continuas de Hogares.

En Argentina[10] también se observan cambios significativos, particularmente en aquellos indicadores que dan cuenta del grado de desins-

titucionalización de las uniones. En la Ciudad de Buenos Aires, compuesta por amplios de sectores de clase media debido a su mayor desarrollo socioeconómico en comparación al resto del país, la proporción de mujeres de 25 a 29 años en unión consensual prácticamente se quintuplicó entre 1980 y 2001 (pasó de 10% a 46%), al tiempo que la proporción de nacimientos extramatrimoniales aumentó de 21% al 47% en ese mismo lapso. La tasa bruta de nupcialidad muestra una importante reducción (6,1 en 1980 a 4,6 por mil en 2006), aunque los cambios han sido menos espectaculares que en Montevideo debido a que el nivel ya era bajo en 1980 (debe recordarse que este indicador está afectado por la estructura etaria y está sujeto a oscilaciones de coyuntura). En lo que se refiere al calendario, no se observan modificaciones significativas entre 1990 y 2000, sin embargo, debe señalarse que la edad media al matrimonio de las mujeres ya alcanzaba un valor elevado a inicios de 1990 (28 años), superando en casi cuatro años el promedio nacional. Dado que la ley de divorcio en Argentina data de 1987, no es posible analizar su evolución antes de esa fecha. En lo que respecta a la Ciudad de Buenos Aires, durante los primeros años de vigencia de la ley se produjo una alta afluencia de parejas que buscaban regularizar su situación de hecho, y desde mediados de la década del 1990, la relación de divorcios/ matrimonios se estabiliza en valores que oscilan alrededor del 35%. Finalmente, la tasa global de fecundidad ya mostraba valores inferiores al nivel de reemplazo en 1980 y continuó reduciéndose hasta 1,75 hijos por mujer en el año 2001.

En términos generales, es posible concluir que los cambios son coincidentes en ambas orillas del Río de la Plata, que los indicadores muestran cierto avance respecto a los valores nacionales y que es muy probable que el cambio familiar, particularmente en lo que refiere a la nupcialidad, se haya iniciado algunos años antes en la Ciudad de Buenos Aires en comparación con Montevideo. Tanto el patrón de cambio como los niveles alcanzados parecen indicar, al menos desde la perspectiva de los indicadores demográficos, que ambos países se encuentran experimentando los cambios que predice la STD·

Pero aún cuando se lograra demostrar la existencia de procesos asociados a la STD ¿se trata de un fenómeno que involucra a todos los sectores sociales? ¿Las diferencias entre estratos sociales se amplían o reducen a lo largo del tiempo? Las respuestas a estas preguntas cobran amplia relevancia en el marco del debate actual, ya que apuntan a dilucidar en qué medida los comportamientos observados son producto de los procesos de difusión de nuevas pautas culturales y en qué medida son reflejo de las formas de exclusión de los sectores más vulnerables.

Las encuestas biográficas: ESF y ESFDS

En el marco del presente trabajo, se homogeneizaron los universos de observación y los indicadores que brindan las dos encuestas biográficas, ESF-AMBA y ESFDS- Montevideo[11], para asegurar así la comparabilidad de la información utilizada[12]. Las definiciones adoptadas son las siguientes:

1) Unidades de observación:

Mujeres entre 25 y 54 años, que han estado alguna vez unidas en pareja y que al momento de la encuesta son: cónyuge del jefe de hogar en hogares completos, o jefa en hogares monoparentales.

2) Eventos bajo estudio:

Ambas encuestas permiten focalizar el análisis en la *primera unión* de las mujeres[13].

Forma de inicio de la primera unión:

- Matrimonio directo: Cuando el año de matrimonio es coincidente con el año de inicio de la convivencia;
- Unión iniciada consensualmente: Cuando el año de matrimonio (si lo hubo) es posterior al año de inicio de la convivencia. En esta última categoría, se incluyen también a las uniones en las que no hubo matrimonio hasta el momento de la encuesta.
- Tiempo transcurrido entre eventos sucesivos (ej: entre el inicio de la unión y la ruptura conyugal): se calcula a partir de la diferencia entre la fecha de ocurrencia de ambos eventos (en años calendario).

3) Los datos disponibles permiten analizar las características de la primera unión de las mujeres pertenecientes a las generaciones: 1945-1975 (ESF) y 1947-1977 (ESFDS) y a las promociones 1960-1999 (ESF) y 1960-2001 (ESFDS), considerando que una promoción está constituida por las parejas que comenzaron a convivir en un mismo año calendario.

4) Se considera el nivel educativo de la mujer como variable proxy del estrato social de pertenencia.

En la siguiente sección, se realiza un análisis bivariado de índole descriptivo, con el objeto de comparar las características de la primera unión conyugal, observar los comportamientos en las promociones sucesivas y los diferenciales según el nivel educativo de las mujeres encuestadas.

Características de la primera unión

La edad de inicio de la primera unión legal o consensual

Un primer aspecto a considerar es la edad de inicio de la primera unión conyugal (por unión consensual o matrimonio) (Cuadro 1). En las promociones anteriores a 1975, se observa una edad de inicio levemente más tardía en el AMBA respecto a Montevideo (edad mediana de 21 y 20 años respectivamente), en coincidencia con las tendencias señaladas por las estadísticas vitales. En las siguientes promociones se registra un aumento en la edad, alcanzando una mediana de 23 años para las mujeres unidas con posterioridad a 1985, en ambos casos por igual. Debe recordarse que el rango de variación de este indicador es reducido, por lo que estos cambios son significativos teniendo en cuenta el plazo de tiempo considerado. Otra forma de analizar la postergación de la entrada en unión en las promociones recientes es considerando la proporción de mujeres que iniciaron su primera unión con 25 años o más. En Montevideo el cambio es vertiginoso, pasando de apenas un 2,9% en la primera promoción a 36,6% en la más reciente. En el AMBA dicha proporción pasa de 11,5% a 38,6%, por lo que las diferencias entre ambas áreas prácticamente desaparecen en las promociones más recientes.

Cuadro 1
Edad al inicio de la primera unión (en %). Promociones 1960-2001

Edad al inicio	ESFDS- Montevideo				ESF- AMBA			
	Promociones				Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-2001	Total	1960-1974	1975-1984	1985-1999	Total
Edad mediana	20	21	23	21	21	22	23	22
Hasta 19 años	51,6	35,9	23,2	33	27,6	26,2	15,2	22,3
20-24 años	45,5	42,6	40,2	42,1	60,9	49,2	46,2	51,1
25 años y más	2,9	21,5	36,6	24,9	11,5	24,6	38,6	26,5
Total	100	100	100 ñ	100	100	100	100	100
Absolutos	289	546	685	1,520	145	225	310	686

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999)

Cuadro 2
Edad al inicio de la primera unión según nivel educativo (%). Promociones 1960-2001

Edad al inicio	ESF- AMBA									
	1960-1974			1975-1984			1985-1999			Total
	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	
Edad mediana	20	21	22	21	22	23	22	22	25	22
Hasta 19 años	49,6	20,9	7	38,8	24,8	11,4	27,9	23,6	2,8	22,3
20-24 años	45,6	65,3	76,5	45,5	47,7	56,6	53	48,5	40,8	51,2
25 años y más	4,8	13,8	16,5	15,7	27,5	32,1	19,1	27,9	56,4	26,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	52	55	37	78	90	57	58	127	124	686
Edad al inicio	ESFDS- Montevideo									
	1960-1974			1975-1984			1985-2001			Total
	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	
Edad mediana	18	19	21	19	20	23	21	22	25	21
Hasta 19 años	63,5	51,1	30	54,9	36,7	15	35,1	31,4	6	33
20-24 años	34,4	45,9	66	29,3	44,2	52,6	41,5	41,7	37,4	42,1
25 años y más	2,1	3	4	15,8	19,1	32,3	23,4	26,9	56,6	24,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	96	133	50	133	283	133	94	357	235	1514

(a) Primario completo/ incompleto
(b) Secundario completo/ incompleto
(c) Superior completo/ incompleto.

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999)

Si se analizan los diferenciales según nivel educativo de la mujer (Cuadro 2) se observa que la postergación de la edad de inicio de la primera pareja involucra a todos los niveles educativos, aunque el cambio ha sido mayor entre las mujeres más educadas. En el caso de Montevideo, si se comparan las promociones 1960-1974 y 1985-2001 se observa un aumento de tres años en los dos primeros niveles educativos y de 4 años entre las que poseen formación de nivel superior. Un patrón similar se registra en el AMBA, aunque muestra edades medianas levemente mayores cualquiera sea el nivel educativo considerado.

Finalmente, cabe destacar que tanto en lo que se refiere a la edad mediana como a las distribuciones porcentuales, se observa una confluencia del calendario nupcial en ambas áreas, por lo que se reducen las diferencias observadas en las promociones más antiguas. Por otro lado, se

observa también una ampliación de la brecha en la edad mediana de las mujeres de menor y mayor nivel educativo (nivel primario vs. nivel superior). En Montevideo, la diferencia entre ambos niveles pasa de 3 años en las promociones 1960-1974 a 4 años en las promociones 1985-2001 y en el AMBA, de 2 a 3 años para las mismas cohortes respectivamente.

La vía de entrada a la primera unión

La modalidad de inicio de la primera unión ha experimentado cambios de igual magnitud en ambas áreas metropolitanas (Cuadro 3). En este terreno, el cambio marca una creciente des-institucionalización del contexto en el que las mujeres inician sus experiencias conyugales. Mientras que en las promociones anteriores al año 1975 el matrimonio es la pauta netamente predominante de entrada en unión (cerca del 85% de las parejas eligieron esta forma), a partir de esa fecha se observa un incremento progresivo de la cohabitación como modalidad de inicio. Por el contrario, en las promociones más recientes (posteriores a 1985), casi la mitad de las uniones se iniciaron sin pasar por el registro civil ni por una ceremonia religiosa, tanto en Montevideo como en el AMBA, de manera tal que en ambas orillas el matrimonio ha dejado de ser un destino ineludible al momento de formar una pareja.

Cuadro 3
Vía de entrada a la primera unión (en %). Promociones 1960-2001

Vía de entrada	ESFDS- Montevideo				ESF- AMBA			
	Promociones				Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-2001	Total	1960-1974	1975-1984	1985-1999	Total
Matrimonio	84,1	77,7	53,9	68,2	85	76,2	52,1	68,6
Unión consensual	15,9	22,3	46,1	31,8	14,5	23,8	47,1	30,4
Sin dato	…	…	…	…	0,6	…	0,8	1,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	289	546	685	1520	145	225	310	686

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999)

Al analizar la modalidad de inicio de la unión resulta interesante considerar también los diferenciales según nivel educativo (Cuadro 4). Como constatamos previamente, en las promociones más antiguas (1960-1974) la vía más frecuente de inicio de la pareja es el matrimonio, cualquiera sea el nivel educativo de la mujer. Sin embargo, cabe destacar también que la incidencia de la cohabitación es notoriamente mayor entre las

mujeres con menor nivel de instrucción (23,6% y 28,3% en el nivel primario para AMBA y Montevideo respectivamente).

Debe recordarse que a diferencia de los países desarrollados, en los que el aumento de la cohabitación significa una ruptura con la pauta del matrimonio universal de las décadas 1950 y 1960, en nuestro ámbito, las uniones consensuales eran ya una práctica extendida entre los sectores populares. Este hecho no resulta llamativo en la medida que se trata de una pauta bien identificada de los países del Cono Sur, que en este sentido, y aún con niveles de consensualidad mucho menores que varios países de la región, comparten un patrón próximo al resto de los países latinoamericanos (Quilodrán, *op.cit*).

Lo que sí resulta novedoso en las promociones recientes es el gran crecimiento de la cohabitación entre los sectores más educados. En el AMBA, particularmente, puede observarse la virtual desaparición de la brecha entre las mujeres menos educadas y las más educadas, producto del crecimiento espectacular de la cohabitación entre éstas últimas. En efecto, mientras que la proporción de uniones iniciadas consensualmente se duplicó entre las mujeres con educación básica, entre las que alcanzaron estudios superiores dicha incidencia se multiplicó por tres. En Montevideo se ha producido un proceso de convergencia similar, aunque los porcentajes observados indican que la brecha educativa no se ha reducido completamente en lo que se refiere a la modalidad de inicio de la vida conyugal.

Esta última conclusión tiene implicancias importantes sobre las que vale la pena detenerse. Si bien los datos provistos por ambas encuestas (así como por otras fuentes) coinciden en señalar la extensión de la cohabitación en sectores sociales que no presentaban esta pauta de comportamiento nupcial en el pasado, surge como principal interrogante si la adopción de un mismo comportamiento por parte de diferentes sectores sociales (en este caso la cohabitación) responde a los mismos condicionantes económicos y socioculturales y conlleva, implícitamente, los mismos sentidos y prácticas para los sujetos que lo encarnan.

Cuadro 4
Vía de entrada a la primera unión según nivel educativo (en %). Promoiones 1960-2001

Vía de entrada	ESF- AMBA									
	1960-1974			1975-1984			1985-1999			Total
	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	
Matrimonio	75,1	91,7	86,2	64,7	85,3	78	54,3	44,5	57,9	68,5
Unión consensual	23,6	7,4	13,8	35,3	14,7	22	42,2	55,5	42,1	30,4
Sin dato	1,4	0,8	...	...	...	...	3,5	...	...	1,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	52	55	37	78	90	57	58	127	124	686
Vía de entrada	ESFDS- Montevideo									
	1960-1974			1975-1984			1985-2001			Total
	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	Primario (a)	Secundario (b)	Superior (c)	
Matrimonio	71,7	91,3	92	61,7	81	86,8	45,2	50	63,4	68,3
Unión consensual	28,3	8,7	8	38,3	19	13,2	54,8	50	36,6	31,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	99	138	50	133	284	129	93	356	235	1517

(a) Primario completo/ incompleto
(b) Secundario completo/ incompleto
(c) Superior completo/ incompleto

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999).

La trayectoria de la primera unión

Un camino para lograr una primera aproximación a esta cuestión es el análisis de las trayectorias recorridas por las uniones iniciadas consensualmente, una perspectiva que sólo es posible adoptar a partir de un enfoque de tipo biográfico como el que aquí disponemos. De acuerdo a Villeneuve-Gokalp (1994), las formas particulares que adoptan la sucesión y el calendario de eventos que tienen lugar a partir del inicio de la unión, permiten identificar distintos perfiles de cohabitantes, y con ello, desentrañar la lógica que preside la formación de las parejas que se inician bajo esta modalidad.

Ambas encuestas nos permiten reconstruir la trayectoria de las uniones consensuales considerando los principales eventos ocurridos durante los 3 primeros años de vida en pareja, por lo que en el siguiente análisis sólo se consideran las uniones que tienen (o tendrían) 4 años cum-

plidos al momento de la encuesta. Los eventos que hemos elegido para definir la trayectoria de las uniones son: a) matrimonio; b) nacimiento del primer hijo de la pareja; c) ruptura de la pareja.

Aplicando la tipología propuesta por Villeneuve-Gokalp, los resultados obtenidos nos permiten concluir que, si bien ha habido un aumento de la cohabitación, se observan patrones distintos en lo que respecta a las trayectorias seguidas por las uniones iniciadas consensualmente (Cuadro 5).

Cuadro 5
Trayectorias de las uniones iniciadas consensualmente (en %). Promociones 1960-1998.

Trayectoria de las uniones iniciadas consensualmente	ESFSD- Montevideo			ESF- AMBA		
	Promociones			Promociones		
	1960-1984	1985-1998	Total	1960-1984	1985-1996	Total
% uniones consensuales (a)	19,9	46,1	31	19,9	46	29,1
Unión de prueba (b)	42,6	38,8	40,1	29,8	27,6	28,6
Unión efímera (c)	8,6	9,9	9,4	8,3	18,1	13,8
Unión estable (d)	19,8	20,4	20,2	16,7	16,2	16,4
Unión libre (e)	25,9	29,3	28,1	44	37,1	40,2
Sin dato	3,1	1,7	2,2	1,2	1	1,1
Total	100	100	100	100	100	100
Absolutos	162	294	456	119	171	290

(a) Porcentaje de uniones consensuales sobre el total de uniones.
(b) Uniones que a los 3 años se habían legalizado.
(c) Uniones que a los 3 años se habían disuelto, sin haberse legalizado.
(d) Uniones que a los 3 años no se habían legalizado ni disuelto, ni habían tenido hijos.
(e) Uniones que a los 3 años tenían al menos 1 hijo, sin haberse legalizado ni disuelto.

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999)

En Montevideo, el primer evento más frecuente durante los primeros 3 años de vida en pareja es la legalización de la unión, ya que alrededor del 40% de las uniones consensuales derivaron en un matrimonio. Esto ubica a la cohabitación en mayor medida como una fase previa antes que como una alternativa a este último, es decir, como una unión de prueba.

En segundo lugar, se ubican las uniones libres, aquellas que han sido marcadas primeramente por el nacimiento de un hijo, sin que ello haya conducido al reconocimiento "oficial" del vínculo. Como señala Villeneuve-Gokalp, si bien algunas parejas pueden haberse casado posteriormente, lo significativo es que ambos eventos (nacimiento de un hijo y matrimonio) no tienen relación inmediata y que incluso, el nacimiento del hijo puede haber sido el determinante del inicio mismo de la convivencia, y uno de los factores principales que legitima o contribuye a su continuidad posterior.

Las uniones estables representan también una proporción importante aunque menor a la anterior, y son aquellas que se caracterizan por llevar adelante la experiencia de vida en pareja sin apelar a regulaciones institucionales y sin concretar de manera inmediata la procreación. Por último se ubican las uniones *efímeras*, marcadas por una ruptura conyugal precoz que, sin duda, se ve facilitada por no tener que recurrir a instancias administrativas. Puede considerarse que estos dos tipos de unión son los que reflejan más directamente los factores intervinientes en la segunda transición demográfica, en particular en lo que respecta a la búsqueda de autonomía y de realización personal.

En el AMBA, a diferencia de Montevideo, el tipo de unión más frecuente es la unión libre, seguida por las uniones de prueba. Al igual que en Montevideo, las uniones estables se ubican en tercer lugar en términos de su frecuencia, seguidas por las uniones efímeras, si bien éstas últimas duplican su incidencia en las promociones recientes. Es importante recordar que las uniones *efímeras* pueden haber tenido hijos, aunque en esos casos, la ruptura indica que este hecho no fue suficiente para asegurar la permanencia en unión.

Una clave adicional para comprender los factores que habrían incidido en la elección de la cohabitación nos la brinda el análisis de las trayectorias conyugales según nivel educativo (Cuadro 6). Centrándonos en las promociones 1985 en adelante (aquellas que muestran los niveles más altos de cohabitación) tanto en Montevideo como en el AMBA se observa, por un lado, una mayor incidencia de las uniones libres entre las mujeres de menor nivel educativo, mientras que entre las mujeres con mayor nivel de instrucción se destaca el mayor peso relativo de las uniones de prueba y de las estables (si bien el reducido número de mujeres con nivel de educación superior obliga a analizar los datos con mayores recaudos). Y son las uniones estables las que más han crecido en los países desarrollados, en los que se inició la STD.

En definitiva, y aun cuando no pueda formularse más que en términos hipotéticos, es posible plantear que, si bien en las promociones recientes se observa una convergencia generalizada hacia la elección de la cohabitación como vía de entrada en la primera unión, la formación de la pareja no tiene las mismas implicancias para las mujeres de distintos sectores sociales. Este factor debería tenerse en cuenta a la hora de interpretar el peso importante que tienen las uniones libres, especialmente entre las mujeres de menor nivel educativo.

Cuadro 6
Trayectoria de las uniones iniciadas consensualmente según nivel educativo (en %). Promociones 1985-1998 *.

Trayectoria de las uniones iniciadas consensualmente	ESFSD- Montevideo			ESF- AMBA		
	Nivel educativo			Nivel educativo		
	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	Total	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	Total
Unión de prueba (a)	37,2	43	38,8	24,9	31,2	27,6
Unión efímera (b)	10,7	7,6	9,9	19,6	17	18,1
Unión estable (c)	16,7	30,4	20,4	6,8	34,7	16,2
Unión libre (d)	33,5	17,7	29,3	47,6	17,1	37,1
Sin dato	1,9	1,3	1,7	1,0	…	1,0
Total	100	100	100	100	100	100
Absolutos	215	79	294	116	54	171

* ESF Promociones 1985-1996 , ESFDS Promociones 1985-1998
(a) Uniones que a los 3 años se habían legalizado.
(b) Uniones que a los 3 años se habían disuelto, sin haberse legalizado.
(c) Uniones que a los 3 años no se habían legalizado ni disuelto, ni habían tenido hijos.
(d) Uniones que a los 3 años tenían al menos 1 hijo, sin haberse legalizado ni di suelto.

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999).

Otra de las hipótesis es que la tardía introducción del divorcio en Argentina puede haber contribuido a adoptar una postura de mayor cautela entre las parejas (recordemos que en Uruguay el divorcio data de principios del S.XX, mientras que en Argentina la ley se promulgó a fines de la década de 1980), por lo que "(...) cuando se le otorgó la oportunidad de divorciarse, una gran parte de la población había llegado a la conclusión de que era mejor no casarse" (Torrado, 2003: 277). De ser así, este comportamiento constituye un ejemplo interesante acerca de las consecuencias inesperadas de la intervención institucional en la esfera de la vida privada, y por ende, de los canales de expresión de la libertad individual respecto a los controles jurídicos y sociales.

Sin embargo, si consideramos que aún prevalecen amplias desigualdades en lo que respecta a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos (y que afectan principalmente a la población de sectores de bajos recursos) es posible plantear que una proporción importante de las uniones consensuales puede haber estado directamente fundada en la ocurrencia de un embarazo. En este sentido, los datos de la ESF indican que el 65,2% de las parejas en unión libre tenía al menos 1 hijo al cumplir el primer aniversario de la unión

Los datos de las ESF aportan algunos indicios sobre la posible asociación entre la maternidad, la entrada en unión y la vía de entrada elegida.

En el Cuadro 7 se indica el porcentaje de mujeres que declararon haber deseado el primer hijo de la pareja según la edad al inicio de la unión y la vía de entrada, para las generaciones 1960-1979.

Cuadro 7
Deseaba el embarazo del primer hijo por Vía de entrada a la unión y Edad al inicio de la unión. Generaciones 1960-1979 (En %).

Deseaba el embarazo del primer hijo (a)	Vía de entrada a la unión y Edad al inicio						Total
	Matrimonio directo			Cohabitación			
	Hasta 19 años	20 años y más	Total	Hasta 19 años	20 años y más	Total	
Sí, en ese momento	48,4	76	65,3	42,2	46	43,8	56,7
No, lo prefería más tarde	33,4	12,3	20,2	6,5	25,4	14,5	17,9
No, no quería tener hijos	0,4	3	2,4	21,6	7,4	15,6	7,7
No pensaba en ello	17,7	8,8	12,1	29,6	19,9	25,5	17,4
Sin datos	…	…	…	…	1,2	…	0,2
Total	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	48	63	106	85	54	139	245

(a) Uniones que tienen (o tendrían) 4 años o más al momento de la encuesta.

Fuente: (ESF, 1999).

En primer lugar, se observa que las mujeres que iniciaron la unión por matrimonio directo manifiestan, en mayor medida que las cohabitantes, haber deseado el embarazo del primer hijo en ese momento de sus vidas (65,3% y 43,8% respectivamente). Por otra parte, se observa también una mayor aceptación entre las mujeres casadas que se unieron más tardíamente (76,0%), lo que a su vez estaría reflejando el carácter menos planificado de los nacimientos más precoces.

Sin embargo, hay otras diferencias entre ambos tipos de unión. Si se focaliza el análisis en las mujeres unidas antes de los 20 años, se advierte que las mujeres casadas que no deseaban el embarazo en ese momento declaran en mayor medida que hubieran preferido "posponerlo" para más tarde (33,4%), mientras que las mujeres cohabitantes reconocen que "no deseaban tener hijos" en ese momento (21,6%) o que directamente "no pensaban en ello" (29,6%). Entre las cohabitantes que se unieron después de los 20 años, si bien se incrementa el nivel de aceptación (46,0%), no llega a alcanzar el umbral que muestran las mujeres unidas en matrimonio directo.

Si bien las opiniones vertidas en el momento de la encuesta no necesariamente representan los sentimientos prevalecientes en el momento de tener el primer hijo, es de alguna manera evidente que la maternidad ha ocupado un lugar diferente para las mujeres que iniciaron la unión con-

sensualmente en comparación con las mujeres casadas, sobre todo entre las que se uniones más jóvenes, es decir, entre quienes asumieron a edades más tempranas los roles domésticos y la maternidad.

5. La ruptura de la primera unión

El gran crecimiento del divorcio ha sido visto como un indicador que refleja los progresos en el desempeño económico y social de las mujeres, en la medida que usualmente se lo relaciona con el incremento de la participación femenina en el mercado laboral. En este sentido, se suele señalar que la creciente independencia económica de la mujer ha aumentado su capacidad de negociación en el seno de la pareja, así como la posibilidad material de finalizar con uniones poco satisfactorias (Goode, 1993). Por otro lado, es uno de los indicadores que refleja con mayor fidelidad la anteposición de los deseos de realización individual en detrimento del proyecto familiar, y por tanto la fragilidad de los vínculos conyugales. En términos de los cambios producidos en el curso de vida, el aumento del divorcio es, indudablemente, el mayor responsable de la creciente complejidad de las biografías conyugales.

La evolución de las separaciones y divorcios en las promociones sucesivas revela un patrón de cambio similar en las dos áreas metropolitanas, con niveles de ruptura conyugal muy próximos. En ambos casos, las cohortes posteriores a 1985 son las que protagonizan el auge de las rupturas (Cuadro 8 y Cuadro 9). Mientras que las dos cohortes más antiguas acumulan prácticamente la misma proporción tanto a los cinco como a los diez años de duración, en el AMBA las promociones más recientes incrementan dos veces y media la proporción de uniones disueltas tempranamente (antes de alcanzar los seis años) en comparación con las promociones anteriores, mientras que en Montevideo el crecimiento es del orden del 60%.

La incidencia de la ruptura durante los primeros 10 años de pareja registra aumentos de dimensiones similares a las observadas en las duraciones más breves. Como resultado, se observa una convergencia hacia niveles altos de disolución conyugal: cerca de un tercio de las uniones formadas en el segundo quinquenio de la década de 1980 no sobrevivió a su décimo aniversario.

Cuadro 8
Uniones disueltas a los 5 años de duración de la unión (%). Promociones 1960-1996.

ESF- AMBA				
Uniones disueltas (a)	Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-1994	Total
A los 5 años de duración	11,5	9,1	22,5	14,2
Absolutos	145	223	243	611
ESFDS- Montevideo				
Uniones disueltas (a)	Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-1996	Total
A los 5 años de duración	10,6	10,2	16,4	12,8
Absolutos	284	551	585	1420

(a) Matrimonios y uniones consensuales formadas hace 6 años o más al momento de la encuesta.

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999).

Cuadro 9
Uniones disueltas a los 10 años de duración de la unión (%) Promociones 1960-1991.

ESF- AMBA				
Uniones disueltas (a)	Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-1989	Total
A los 10 años de duración	16,8	20,6	31,3	21,6
Absolutos	145	223	124	492
ESFDS- Montevideo				
Uniones disueltas (a)	Promociones			
	1960-1974	1975-1984	1985-1991	Total
A los 10 años de duración	17,3	18,9	35,6	23,8
Absolutos	284	551	388	1223

(a) Matrimonios y uniones consensuales formadas hace más de 10 años al momento de la encuesta.

Fuente. (ESFDS-2001) y (ESF-1999).

La información presentada en el Cuadro 10 permite apreciar que la creciente inestabilidad de las uniones involucró a las mujeres de todos los niveles educativos. Si bien en el caso del AMBA el exiguo número de casos de mujeres más educadas de las promociones 1985-1989 exige cautela en el análisis, los datos sugieren que el crecimiento de los divorcios al cumplir 10 años de vida en pareja ha sido particularmente importante entre las mujeres de mayor educación. En Montevideo, con una ley de divorcio de larga data, la probabilidad de romper el vínculo conyugal ha crecido con mayor intensidad entre las mujeres de menor capital educativo.

En efecto, si bien se observa un crecimiento importante de la proporción de rupturas entre las mujeres en el estrato de mayor nivel educativo, el aumento que se registra entre las mujeres con menos educación implica la duplicación de las probabilidades de separarse entre las mujeres pertenecientes a las cohortes más recientes. Otros trabajos han mostrado que la probabilidad de experimentar una ruptura conyugal no está correlacionada con el nivel educativo (Cabella, 2008).

Cuadro 10
Uniones disueltas a los 10 años de duración de la unión según Nivel educativo (%) Promociones 1960-1991.

ESF- AMBA					
Uniones disueltas	Promociones 1960-1984		Promociones 1985-1989		Total
	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	
A los 10 años de duración	17,5	23,3	26,4	42,5	21,5
Absolutos	274	93	89	34	492
ESFDS- Montevideo					
Uniones disueltas	Promociones 1960-1984		Promociones 1985-1991		Total
	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	Secundario completo o menos	Superior incompleto o más	
A los 10 años de duración	18,6	17,7	41,3	28	23,7
Absolutos	539	294	223	164	1220

(a) Matrimonios y uniones consensuales formadas hace más de 10 años al momento de la encuesta.

Fuente. ESFDS-2001) y (ESF-1999).

Conclusiones

La evidencia recogida a lo largo de este trabajo sugiere que, en ambas orillas, las promociones recientes muestran la convergencia hacia un patrón de edad a la primera unión más tardío, hacia la adopción de la cohabitación como vía de entrada en la primera unión y hacia la separación como un destino conyugal cada vez más frecuente. Por otra parte, persisten diferencias en los comportamientos según estrato social – medido por el nivel educativo de la mujer – aunque algunas de estas brechas se han ido reduciendo, en particular en lo que tiene que ver con la modalidad de entrada en unión. Por el contrario, no ha sucedido lo mismo en lo que respecta al calendario. Este es uno de los aspectos que cobra mayor relevancia, dado que la edad a la que se realizan las transiciones familiares, en especial el inicio de la vida conyugal y de la etapa reproductiva, está estrechamente ligada con las oportunidades de educación y de inserción laboral.

Los datos biográficos que hemos explorado nos han permitido avanzar un poco más en la caracterización de las uniones iniciadas con-

sensualmente, bajo el supuesto de que esta forma de unión supone una diversidad de pautas de convivencia, es decir, comprende una multiplicidad de situaciones cuyos sentidos pueden conocerse, en parte, si se reconstruye la trayectoria de las uniones a lo largo del tiempo. Si bien será necesario seguir profundizando en torno a ello, los datos obtenidos sugieren que la elección de la cohabitación tiene implicancias distintas según el estrato social de pertenencia, al menos desde el punto de vista de los eventos que marcan la trayectoria de las uniones durante los primeros años de vida en pareja.

Los comportamientos aquí observados pueden ser interpretados bajo la óptica de la STD, si bien parece necesario reconsiderar algunos de los ejes explicativos que fueron mencionados en su formulación inicial. Uno de los factores que caracteriza nuestras sociedades es la incertidumbre que se instala en la vida de los individuos, la cual puede provenir del posmodernismo, como en el caso europeo, pero también de los procesos de desestructuración en el marco de sociedades cada vez menos igualitarias, con escasa intervención del Estado en la reducción de las desigualdades. Eventos como formar una pareja, tener hijos, obtener un empleo, pasan a formar parte de un abanico de opciones y no ya el futuro previsible de la mayoría de las personas que transitan hacia la adultez. Los cambios en la nupcialidad que acompañan la STD traducen entonces las diversas formas en las que puede concretarse la vida en pareja y en familia en un contexto de incertidumbre creciente.

Por último, es fácil advertir que los procesos asociados a la STD son sutiles y difíciles de captar con las fuentes de datos tradicionales. A modo de ejemplo, puede recordarse el escaso desarrollo que tienen las estadísticas de divorcio en nuestros países a pesar de la importancia de su crecimiento. Debe mencionarse también la escasez de estudios que relevan los cambios en la esfera de los valores y de las actitudes frente a la pareja y la vida familiar en general. Esta constituye también una dimensión crucial en el estudio de la STD y de la especificidad sociocultural en cada contexto. En suma, sólo el desarrollo de nuevos enfoques metodológicos que prioricen la perspectiva biográfica permitirá avanzar en la comprensión de las profundas transformaciones en marcha.

Notas

[1] Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay).

[2] Institut National de la Recherche Scientifique, Centre-Urbanisation Culture Société (Canadá).

[3] Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay).

[4] La ESFDS, fue dirigida por el Equipo Interdisciplinario de Estudios sobre la Familia de la Universidad de la República, con el apoyo financiero de la Comisión Sectorial de Investigación Científica y de la UNICEF. La ESF fue dirigida por Susana Torrado, profesora emérita de la Cátedra Demografía Social de la Universidad de Buenos Aires. Una descripción de los aspectos teóricos-metodológicos de ambas encuestas se encuentra en (Cabella, 2008; Torrado, 2005)

[5] Para facilitar la lectura, el término nupcialidad se utiliza para referirse a la formación y disolución de uniones, sean éstas legales o consensuales, y el término divorcialidad para referirse a su disolución.

[6] Los datos estadísticos incluidos en el siguiente apartado provienen de Encuestas Continuas de Hogares, Estadísticas Vitales y Censos de Población del Instituto Nacional de Estadística de Uruguay.

[7] Los datos estadísticos incluidos en el siguiente apartado provienen de Estadísticas Vitales de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud y de los datos censales de 1991 y 2001 publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Véase también (Torrado, 2003 y 2007) y (Mazzeo, 1998).

[8] No se han incluido comparaciones sistemáticas con los países desarrollados, ya que no siempre es posible disponer de los mismos indicadores, generalmente más refinados y referidos a cohortes específicas.

[9] A lo largo del trabajo se utilizará la denominación "AMBA" y "Montevideo" para referirse a los resultados de las respectivas encuestas, ESF y ESFDS.

[10] La compatibilización entre ambas bases implicó una reducción de 876 a 686 casos en la ESF y de 1806 a 1539 casos en la ESFDS.

[11] En la ESF se consideró que una mujer tuvo una unión conyugal cuando convivió al menos 3 meses con una pareja, mientras que en la ESFDS este periodo se fijó en 6 meses. Solo 4 mujeres que integran la ESF convivieron con su primera pareja más de 3 pero menos de 6 meses, por lo que fue posible ajustar los criterios de ambas bases sin afectar el tamaño muestral.

[12] Se utiliza el término cohabitación y uniones consensuales para referirse a las uniones que no han sido legalizadas.

[13] La autora estudia la evolución de las uniones consensuales en Francia a fines de la década de 1980. Ver (Villeneuve-Gokalp, 1994: 58-59). Se han introducido algunas modificaciones a la tipología de acuerdo con los datos disponibles en ambas encuestas.

[14] En el nivel de educación más alto se concentra la mayor proporción de uniones menores a 4 años que no han sido marcadas por ningún evento (ni matrimonio, ni hijos, ni ruptura), por lo que de mantenerse estas tendencias, al cumplir el cuarto aniversario probablemente pasen a engrosar la categoría "uniones estables", incrementando así el peso de este tipo de unión en las promociones recientes.

[15] Según Villeneuve-Gokalp (1994: 61), en Francia las mujeres en unión estable representaban el 12% en las promociones 1971-1973 y ascienden al 30% del total de uniones consensuales iniciadas entre 1980-1982.

[16] Recuérdese, que salvo indicación expresa, estamos utilizando los términos separación y divorcio para referirnos indistintamente a la disolución de matrimonios y de uniones consensuales.

Bibliografía

BECCARIA, L. (2007) "Pobreza", en Torrado, S. (2007) (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX, Edhasa, Buenos Aires, pp. 541-572.

CABELLA, W. (2008) Dissoluções e formação de novas uniões: uma análise demográfica das tendências recentes no Uruguai. Textos NEPO, v. 56, Campinas, pp.11-238.

CLIQUET, R. (1991) The Second Demographic Transition: fact or fiction? Council of Europe European Population Committee, Council of Europe.

COLEMAN, D. (2004) "Why we don't have to believe without doubting in the 'Second Demographic Transition': some agnostic comments", Vienna Yearbook of Population Research, Austrian Academy of Sciences, pp.11-24.

FILGUEIRA, C. (1996) Sobre revoluciones ocultas. La familia en el Uruguay. CEPAL, Montevideo.

GARCÍA, B. y Rojas, O. (2001) "Recent Transformations in Latin American Families: a socio-demographic perspective", Trabajo presentado a la XXIV Conferencia General de la Población de la IUSSP, Salvador de Bahía, Brasil.

GOODE, W. J. (1993) World Changes in divorce patterns, New Haven and London, Yale University Press.

KAZTMAN, R. (1997) "Marginalidad e integración social en el Uruguay", Revista de la CEPAL, pp. 91-117.

LAPLANTE, B. y M. C. Street (en prensa) "Los tipos de unión consensual en Argentina entre 1995 y 2003: Una aproximación biográfica", Estudios Demográficos y Urbanos, El Colegio de México.

LESTHAEGHE, R y D. van de Kaa (1986) "Two demographic transitions ?" en Lesthaeghe, R y D. van de Kaa (editores) Bevolking - Groei en Krimp, Mens en Maatschappij, Van Loghum Slaterus, Deventer, pp. 9-24.

MAZZEO, V. (1998) "Comportamiento de la nupcialidad en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1890-1995", Anales del Seminario sobre Cambios demográficos en América Latina: La experiencia de cinco siglos, UNC-IUSSP, Córdoba, pp. 201-228.

PAREDES, M. (2003) "Los cambios en la familia en Uruguay. ¿Hacia una segunda transición demográfica?", en Nuevas Formas de Familia. Perspectivas nacionales e internacionales, UdelaR-UNICEF, Montevideo, pp. 73-101.

PNUD (2005). Desarrollo Humano en Uruguay 2005. Hacia una estrategia de desarrollo basada en el conocimiento. PNUD Uruguay, Montevideo.

QUILODRÁN, J. (2008) "¿Un modelo de nupcialidad post transicional en América latina?", trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008 (mimeo).

RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. (2004) "Cohabitación en América Latina: ¿Modernidad, exclusión o diversidad?", Papeles de Población, 40, pp.97-145.

ROUSSEL, L. (1989) La famille incertaine, Odile Jacob, Paris.

TORRADO, S. (2007) (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX, Edhasa, Buenos Aires.

TORRADO, S. (2005) (dir.) Trayectorias nupciales, familias ocultas (Buenos Aires, entresiglos), CIEPP-Cátedra Demografía Social- FSOC-UBA, Buenos Aires.

TORRADO, S. (2003) Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000), Ediciones de la Flor, Buenos Aires.

VAN DE KAA, D. (1987) "Europe's second demographic transition", Population Bulletin, 42, 1.

VAN DE KAA, D. (2002) "The idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries." en Sixth Welfare Policy Seminar, National Institute of Population and Social Security, pp. 1-32.

VARELA, C. (coord.) (2008) Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Trilce, Montevideo.

VILLENEUVE-GOKALP, C. (1994) "Du mariage aux unions sans papiers : Histoire récente des transformations conjugales", en Leridon H. y Villeneuve-Gokalp, C. (1994) *Constance et inconstances de la famille. Biographies familiales des couples et des enfants,* INED, Paris.

NUEVA EVIDENCIA SOBRE LA HIPÓTESIS DE LA DOBLE INSATISFACCIÓN EN URUGUAY: ¿CUÁN LEJOS ESTAMOS DE QUE TODA LA FECUNDIDAD SEA DESEADA?

Andrés Peri[1]
Ignacio Pardo[2]

Introducción

La hipótesis de la doble insatisfacción busca explicar la dinámica actual de la fecundidad observada, relacionándola con la fecundidad deseada para distintos sectores sociales. Dicha hipótesis conjetura que en el Uruguay existe una doble insatisfacción entre la cantidad de hijos tenidos y la cantidad de hijos que se hubieran deseado:

- las mujeres de clase media tienen menos hijos que los deseados, mientras que…
- las mujeres de clase baja tienen más hijos que los que declaran como ideal.

En particular, en situaciones de escasa movilidad social, con mercados de trabajo poco dinámicos, la fecundidad puede convertirse en una variable controlable para los actores sociales, en vistas de mantener posiciones de privilegio y poder proveer a su progenie medios de alcanzar cierto estándar de vida esperado, en términos de bienestar.

Además de ser central para comprender los cambios demográficos de los últimos años, conocer los cambios en la fecundidad (en los cuales inciden decisivamente las expectativas de fecundidad de los individuos) es un tema crecientemente relevante en términos sociales. Reducir los nacimientos no deseados no solo tiene consecuencias estrictamente demográficas, sino también económicas y de políticas de salud. En términos de políticas sociales, conocer dónde se encuentran los niveles más altos de nacimientos no deseados contribuye a diseñar mejores políticas de po-

blación. En cualquier caso, se parte del supuesto de que la sociedad a alcanzar es aquella en la que todas las personas puedan tener el número de hijos que desean.

Las políticas públicas serán más eficientes cuanto mejor puedan identificar aquellos sectores sociales en los que la diferencia entre fecundidad deseada y fecundidad efectiva es mayor. Un conocimiento en profundidad de esta diferencia es, entre otras cosas, un requisito previo a las eventuales campañas para inducir prácticas anticonceptivas o similares.

Antecedentes teóricos

En los últimos años, las encuestas acerca de fecundidad han permitido una mejor observación de la evolución de la fecundidad deseada y de la real, involucrando una gran cantidad de países en el relevamiento de datos. De esta manera, las discusiones teóricas han podido sostenerse en relación a una evidencia empírica de mayor calidad.

En el contexto histórico de la transición demográfica, Kulkarni & Choe (1998) muestran que la fecundidad no deseada es propia de una transición que no ha culminado aún. Podemos imaginar que al momento de comenzar la transición sería casi inexistente por la vía de deseos de fecundidad irrestrictos, mientras que sucede lo mismo al final del proceso, con parejas asumiendo control perfecto de su fecundidad. Lo que sucede durante la transición (que para el caso uruguayo es temprana y hoy está en estado avanzado) es la preferencia por una cierta cantidad de hijos conviviendo con cierto grado de ineficacia para regular completamente la fecundidad.

Concretamente, en países de transición avanzada como el nuestro, es plausible pensar que una proporción importante de la población "who desire more children may choose to have fewer children because of unfavorable socioeconomic conditions or for other reasons" (Kulkarni & Choe, 1998:5). Esa podría ser una de las formas que asuma la insatisfacción con la propia fecundidad: la abstención de procrear más hijos ante el temor de no poder generar recursos para una crianza en condiciones de bienestar.

De hecho, la relación entre recursos familiares y fecundidad deseada puede interpretarse de dos modos diferentes y acaso opuestos. Un modo es el recién mencionado, asumiendo una relación positiva (con menores recursos habrá menor cantidad de hijos) dado que los costos de crianza influyen en los deseos de fecundidad y así en la fecundidad real. Pero se puede considerar otro modo de interpretar este vínculo:

> *"a negative relationship would exist if opportunity costs played the main causal role, with women with a higher earning capacity being less willing to have children due to the costs associated with opting out of the labor market. In this sense, evidence in support of one theory*

is evidence against the other. These two distinctive relationships between the economic situation and fertility form the basis for interpreting the changes in fertility behavior and preferences of women with different levels of education and resources." (Billingsley, 2008)

Por otra parte, existen aún problemas de acceso a métodos anticonceptivos eficaces. Estos problemas podrían estar llevando a la población de bajos recursos a tener más hijos que los que desean, más allá de que esta segunda interpretación del fenómeno esté operando o no.

En varios países de América Latina donde se estudió la motivación para la planificación familiar, se ha concluido que ésta no es en absoluto independiente del conocimiento de métodos anticonceptivos y, no menos importante, de la capacidad de acceso, fuertemente diferencial según la residencia sea urbana o rural (Tactuk, 1990). Si bien estas observaciones suelen desarrollarse en países con mayores diferencias entre ambientes rurales y urbanos y mayor población rural que el Uruguay, no son descartables para el caso de nuestro país (aunque debe anotarse que el acceso a métodos anticonceptivos se ha expandido considerablemente en los últimos años).

Como se decía, la discusión teórica actual gira en torno a hallazgos empíricos impactantes: si la Tasa Global de Fecundidad ha venido declinando, esos cambios, así como los registrados en la satisfacción con la fecundidad, tienen que ver con la decisión de tener menos hijos. Por esta vía la baja en los deseos de fecundidad saltan a la vista como un componente básico de las transformaciones demográficas.

Es notoria la influencia de "*deliberate choices made by the couples. Men and women desire fewer children today than some decades ago, and they want to start their reproductive life later*" (Leridon, 2005:69). Al menos, estas decisiones que influyen en el número de hijos han sido constatada fuertemente para el caso de Europa y comienzan a observarse en otras partes del mundo, se trate de un cambio cultural, o de cambios en el equilibrio costo-beneficio de tener un hijo.

En cualquier caso, el descenso del tamaño ideal de familia se da, a diferentes ritmos y desde diferentes puntos, en amplias regiones del mundo (Márquez & Westoff, 1999), al punto que en la actualidad, existen algunos países donde el promedio de fecundidad deseada para los jóvenes está debajo de dos hijos (Eurofund, 2004:2).

Aunque sea un tema complejo, se puede avanzar hacia el conocimiento e incluso la modelización de las motivaciones a la hora de tener hijos, considerando en todo caso que se trata de un fenómeno multicausal. La cantidad ideal de hijos se ha unido en cierta literatura desde los '70 al concepto de "value of children", desde sus múltiples dimensiones, entre las que figura la expansión del yo, aspectos morales, la idea de logro o creatividad, la utilidad económica, la fuerza de los lazos primarios, benefi-

cios emocionales, el cumplimiento de expectativas normativas y otras dimensiones (Kohlmann, 2001)

Otras dimensiones de la discusión teórica han referido a las diferencias de género que se establecen entre los ideales de reproducción para uno y otro sexo; en ciertos contextos, los hombres llegan a tener un ideal considerablemente más alto que las mujeres en cuanto a los hijos que quisieran tener (Ezeh, Seroussi & Raggers, 1996)

Se ha pensado en que una mayor equidad de género al interior de los hogares podría generar el deseo de hijos adicionales y por tanto una fecundidad más alta. Sin embargo, la evidencia (Eurofund, ibid: 4) indica que en los hogares de mayor equidad es donde al mismo tiempo la fecundidad es menor y también donde se da la mayor proporción de personas insatisfechas por no alcanzar el número deseado de hijos.

Parte de las explicaciones por las cuales los individuos determinan el número de hijos que tienen y el que desean puede deducirse de las respuestas que ellos mismos otorgan cuando son interrogados al respecto (particularmente las mujeres, Porter et al, 2006). De las respuestas a estas interrogantes, sabemos que influye la "calidad" de la experiencia del embarazo y que el nacimiento del primogénito es en gran medida determinante de la decisión de aumentar la progenie, sobre todo en sentido negativo, cuando la experiencia no ha dejado un buen recuerdo en las madres.

Una agenda de investigación enriquecida, en sentido similar, ha comenzado a emerger cuando se considera a su vez la composición de los hijos que se tuvieron, en relación a su sexo y cantidad, como determinante de los deseos subsiguientes de fecundidad. En este sentido, se ha observado (Jayaraman et al, 2008) cómo el nacimiento de un varón, en culturas donde la preferencia por los hijos varones está enraizada en patrones culturales muy arraigadas, *presiona a la baja*, por así decir, los deseos de tener hijos adicionales.

Hay otros factores que pueden consignarse como influyentes, según las propias respuestas de las mujeres. Entre ellos se cuentan aspectos de salud mental, de salud física, de problemas específicos de fertilidad y de estilos de vida (en relación a proyectos laborales que postergan el nacimiento de un nuevo hijo, así como en relación a pautas acaso "posmaterialistas", como lo consignara Inglehart, de valoración del tiempo libre o proyectos personales no necesariamente familiares).

También la propia edad es un factor relevante para la investigación citada (Porter et al, ibid), así como la brecha temporal entre el primer hijo y los hijos por venir y hasta la consideración de la percepción del primogénito ante la llegada de un hermano. Así, desde la perspectiva subjetiva, muchos de estos factores se perciben como constreñimientos externos, que limitan la capacidad de conseguir la fecundidad deseada: "deseo muchos hijos, pero todo esto se podría dar si las cosas fueran diferentes, no en esta situación…". Las conclusiones que se presentarán aquí muestran

esta ambigüedad para el caso uruguayo: como se verá, las personas responden de una manera si se las interroga por su deseo "puro" de lograr cierta cantidad de hijos y de otra manera si la pregunta refiere al aquí y ahora, dadas las restricciones que presenta su vida actual.

En términos prácticos, poder achicar la brecha entre la fecundidad deseada y la obtenida no es sólo un desiderátum general, sino una herramienta concreta para la mejora de las condiciones de vida en aspectos puntuales. Sólo para señalar una mirada sobre esto, Rafalimanana y Westoff (2001) han mostrado como la mayor distancia entre nacimientos puede favorecer una disminución de la mortalidad y morbilidad de los niños, en el ejemplo del África Subsahariana, dado que la existencia de intervalos cortos entre un nacimiento y otro aumenta el riesgo de una alta mortalidad neonatal e infantil.

Es plausible concluir que la creciente preferencia por familias más pequeñas es el factor clave para comprender la caída de la fecundidad; dicho esto, va de suyo cuán importante es la capacidad de las familias para traducir estos deseos en una práctica reproductiva que efectivamente logre conciliar ideal reproductivo y realidad (Márquez & Westoff, op cit).

La extensión de estas transformaciones, por otra parte, impulsa su estudio, dado que es al mismo tiempo global y diferencial según las regiones del mundo. Donde parece haber más evidencia de que la cantidad ideal de hijos viene bajando es en la mayoría de los países asiáticos y latinoamericanos. Algo similar podría estar ocurriendo en los países del sur y este de África, pero no hay cambios tan claros en los países del oeste y el centro de ese continente. El control de la fecundidad es asimismo diferencial: *"unwanted fertility is highest in the countries of northern Africa and western Asia as well as in Latin America; unwanted births are still uncommon in sub-Saharan Africa, particularly in western and middle Africa"* (Westoff & Bankole, 2002:1).

Y determinar dónde está la población con fecundidad insatisfecha en algún sentido, es clave en términos de políticas, ya que desde los programas que atienden estos temas un primer paso básico posiblemente sea "defining the size of the population of women who have a potential need for family planning services and identifying women whose need for contraception is not being met" (Petrosyan, Magluchants & Arustamyan, 2000:106)

Metodológicamente, es claro que las respuestas acerca del número ideal de hijos no puede tomarse sin más como un indicador de comportamiento, dado que la respuesta está mediada por múltiples factores, entre los que podría incluirse la forma en que un individuo racionaliza su comportamiento ante el encuestador y la propia tendencia a responder lo que se supone deseable. De todos modos, es una herramienta útil como referencia de los diferenciales entre distintos grupos sociales a la hora de responder acerca de su número ideal. Dado que *"changes over time in*

ideal family size may indicate shifts in attitude that are believed to precede changes in behavior" (Ezeh, Seroussi & Raggers, op cit: 28), es útil tomar prevenciones sobre las respuestas de esta pregunta de encuesta, al mismo tiempo que las usamos como información certera acerca de actitudes que son, según los datos que se verán más adelante, diferentes según diversas variables sociales.

Características de la fecundidad en el Uruguay: qué sabemos hasta ahora

Junto con Argentina, Uruguay fue de los países que más tempranamente comenzó el descenso de la natalidad en América Latina: comenzó a bajar desde fines del siglo XIX y en la década de 1920 ya estaba por debajo de 30 nacimientos anuales por mil (Pollero, 1994:8). Sin embargo, la fecundidad se mantuvo prácticamente constante entre 1950 y 1995, oscilando alrededor de los 3 hijos por mujer. Recién durante la última década hay una reducción significativa, al punto que los últimos dos años registran fecundidad por debajo del reemplazo generacional.

Cuadro 1
Evolución de la tasa global de la fecundidad. Uruguay -1950-95.

Años	TGF	Nacimientos en miles
1950-55	2,7	49
1960-65	2,9	57
1970-75	3,0	60
1975-80	2,9	58
1980-85	2,8	58
1985-90	2,6	58
1990-95	2,5	58

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico, Año 21, Nº 41, Santiago de Chile, 1988.

Si bien la fecundidad había comenzado a descender a partir de la restauración democrática, es recién a mediados de la década de los noventa donde experimenta una vertiginosa disminución (Ver Cuadro 2). El descenso de la natalidad es impresionante: hay que remontarse a 1953 para obtener una cifra similar a los nacimientos registrados en el 2005.

Sin embargo se sabe poco sobre los determinantes de la fecundidad y sus factores asociados. El último estudio representativo de la población uruguaya se hizo en el marco de un convenio OMS-MSP en 1986.

El informe de esta Encuesta Nacional de Fecundidad revelaba diferencias de un hijo en promedio entre las mujeres con baja y alta educa-

ción. Mostraba ya un gran conocimiento de métodos modernos de anticoncepción aunque había variaciones importantes con respecto a su uso.

Cuadro 2
Evolución reciente de la TGF y los nacimientos Uruguay. 1996 a 2005.

Año	TGF	Nacimientos
1996	2,51	58.862
1997	2,47	56.344
1998	2,30	54.760
1999	2,28	54.004
2000	2,23	52.770
2001	2,20	51.959
2002	2,22	51.953
2003	2,18	50.631
2004	2,08	50.052
2005	2,04	47.600

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población, revisión 2005 y página web del INE.

Fuente de datos y estrategia de análisis

Los datos que aquí se utilizarán provienen de la Encuesta sobre Reproducción Social y Biológica de la Población Uruguaya, el relevamiento más reciente sobre temas de fecundidad y el único con datos representativos a nivel nacional que se haya realizado desde la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1986. Se trata de una encuesta nacional realizada a 6.500 hogares y a respondentes de entre 15 y 79 años, del Uruguay urbano y suburbano. Se realizó a través de la aplicación de dos formularios (uno para población entre 15 y 59 años, y otro para población entre 60 y 79 años de edad).

El acceso a la información sobre fecundidad es típicamente una tarea de encuestas. En ese sentido, las potencialidades con que se cuenta y los sesgos con los que hay que lidiar son los característicos de esa estrategia de investigación. En ese sentido, la forma de preguntar es uno de los aspectos decisivos.

Tradicionalmente, se ha recurrido a una pregunta cuya formulación no ha variado sustantivamente en los distintos relevamientos. “Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría o hubiera tenido?”. Este es el formato usado en la pregunta 4.1 de la Encuesta Nacional sobre Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya. Con la información derivada de esta pre-

gunta, y la que surge de inquirir la fecundidad efectivamente alcanzada, es posible aproximarse a la fecundidad de la población uruguaya conociendo en qué medida es deseada y en qué medida no lo es. Ese es el principal camino que se seguirá aquí.

En cuanto a los sesgos que puedan derivarse de preguntas como la antedicha, se ha señalado que diversos factores, como la tendencia a racionalizar como deseado el número de hijos efectivamente tenido, tienden a subestimar la cantidad de hijos no deseados (Bongaarts, 1990). Otro sesgo habitual, el de responder como ideal de fecundidad para el respondente el ideal de fecundidad que el respondente asume para la sociedad entera, quizás se haya menguado en este caso, al formular ambas preguntas por separado (o sea, al agregar la pregunta "¿cuántos hijos cree Ud. que debieran tener los uruguayos?", además de la pregunta por las propias preferencias).

De todos modos, se pueden relativizar los resultados obtenidos a través de la pregunta 4.1 en cuanto a la fecundidad deseada, incorporando la información surgida de las respuestas a la pregunta 4.12: "¿Desea tener un (otro) hijo/ a en el futuro?", que puede oficiar en cierta medida como control.

En este tema, una de las tareas relevantes es evaluar la contribución de las preferencias en fecundidad a la fecundidad observada. Si no existiesen cambios en la fecundidad deseada por las parejas, se podrían interpretar los cambios en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) como una función de la mejor o peor capacidad de control de la fecundidad, acaso en cuanto a acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, es necesario observar si los cambios en la cantidad preferida de hijos tienen un lugar en la explicación. Esta pregunta puede ser compleja en su medición, pero no hay dudas de que tiene una respuesta empírica, derivada de datos de encuesta y que puede ser enriquecida si se le agregan nuevas dimensiones: entre ellas, en qué sectores y con qué velocidad se modificaron las preferencias.

Existe evidencia (Feyisetan & Casterline, 2000) que sustenta la hipótesis de un cambio sustantivo en las preferencias de fecundidad; esto buscará confirmarse para el caso uruguayo. Este cambio es parte de las transformaciones comprendidas en la Primera y Segunda Transición Demográfica. Por otra parte, es relevante conocer, como se ha hecho en otros casos (Toulemon & Testa, 2005), la capacidad diferencial de los distintos grupos sociales (atendiendo nivel socioeconómico o nivel educativo) a la hora de acercar su fecundidad real a sus preferencias. En principio, una hipótesis atendible es la ya mencionada, que sostiene una doble insatisfacción con la propia fecundidad. En los sectores más bajos por exceso; en los más altos, por defecto.

Una investigación realizada recientemente en varios países, cuya pertinencia para el caso uruguayo se contrastará aquí con los datos, concluía que:

> *First, both the wanted and unwanted components of fertility are inversely associated with level of education. That is, in all cases, women with secondary-plus education have lower wanted and unwanted fertility than women with primary education. Women with primary education in turn frequently have lower wanted and unwanted fertility than their counterparts with no schooling* (Bongaarts, 2003:14).

Se ha dicho que, dada una transición demográfica avanzada, "educational differentials in fertility remain substantial" (Bongaarts, 2003:22), por lo que es razonable pensar que tal puede ser el caso aquí. Otro criterio relevante son los grupos de edad. Es posible analizar para qué cohortes de nacimiento la pauta de dos hijos deseados se convierte en la norma mayoritaria. Lo que se observa, en principio, es que la fecundidad deseada varía significativamente según la edad del respondente (ver cuadro 3).

Nótese que recién entre las generaciones que tienen actualmente menos de 30 años más de la mitad de los hombres y de las mujeres encuestadas declaran que dos es el número ideal de hijos, aunque la moda se coloca en este tramo ya para las menores de 50 años. El deseo de dos hijos por progenie se duplica entre los tramos de edades observados en la muestra (25,8% a 57,2%).

Sorprende que casi invariablemente entre un cuarto y un quinto de las personas declare que tres es el número de hijos que querría tener. Entre las personas entre 50 y 59 años, la moda se ubica entre los que prefieren 4 o más hijos. Si bien es extremadamente minoritaria la elección de ningún hijo, empieza a tener cierta relevancia la cantidad de personas que declaran tener un número ideal de sólo un hijo. Si agrupamos las respuestas de forma diferente, reuniendo en una misma categoría a "tres hijos y más" (gráfico 1), pueden leerse los datos de forma levemente distinta. Así, el hallazgo más llamativo sería apreciar que el modelo de dos hijos (en este caso compitiendo con el de 3 hijos y más) sea recién el predominante para los de 30 a 34 años o menores.

Cuadro 3
Fecundidad deseada por grupos de edad
(población de 15 a 59 años) – Uruguay, 2004.

Edad	Número deseado de hijos				
	0 hijos	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 y más
15 a 19	1,5%	13,8%	**57,2%**	19,6%	7,9%
20 a 24	1,6%	14,4%	**49,4%**	25,5%	9,1%
25 a 29	1,5%	9,4%	**52,9%**	25,0%	11,2%
30 a 34	0,6%	9,2%	**44,8%**	24,5%	20,9%
35 a 39	1,1%	6,8%	**44,9%**	22,4%	24,8%
40 a 44	2,2%	7,7%	**35,6%**	24,9%	29,6%
45 a 49	1,5%	8,4%	**39,9%**	24,6%	25,6%
50 a 54	1,8%	7,1%	31,1%	20,8%	**39,1%**
55 a 59	3,3%	5,0%	25,8%	24,2%	**41,7%**
Total	***1,6%***	***9,7%***	***44,2%***	***23,4%***	***21,1%***

(Resaltado el valor modal en cada caso)

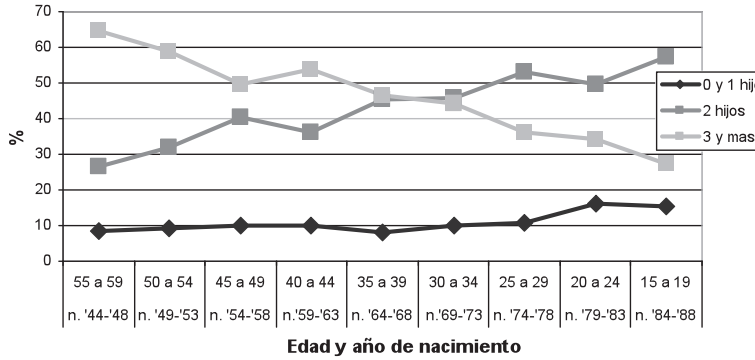
Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

Lo que se esperaría, entonces, como confirmación de una de las tendencias comprendidas dentro de la (ahora Primera) Transición Demográfica, es que la cantidad de hijos vista como ideal sea menor cuanto menor es la edad de las personas. En el caso uruguayo esto se confirma. Sin embargo, no aparece el fenómeno propio de la STD, tal como se ha dado en muchos países desarrollados, según el cual un contingente importante de personas no desea tener hijos (o desea sólo uno).

En cuanto a los contrastes entre grupos etarios, las personas entre 55 y 59 años que desean tener tres hijos o más son más del 60%, mientras que las que desean ese nivel de fecundidad y tienen de 15 a 19 años no alcanzan el 30%. En definitiva, cuanto menor la edad, menos frecuente es el deseo de constituir una familia grande, con tres hijos o más.

El deseo de tener dos hijos, por el contrario, es mayor cuanto más jóvenes son las personas respondentes. Sólo una de cada cuatro personas de 55 a 59 años desean ese nivel de fecundidad, mientras que en las edades más jóvenes es el modelo predominante. El modelo de un hijo único o de no tener hijos es asimismo más deseado cuanto menor es la edad, aunque esta tendencia asoma menos nítidamente.

Gráfico 1
Fecundidad deseada por edad y generación, Uruguay 2004



Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

A propósito, se ha observado la fecundidad deseada según nivel socioeconómico (ver anexo). La conclusión más importante de esta desagregación es el similar comportamiento de los sectores medios y bajos, donde se confluye hacia la prevalencia del modelo de dos hijos recién en el caso de los nacidos en la década del '70 (antes, el modelo mayoritario era el de 3 hijos y más). También confluye, en estos dos niveles socioeconómicos, la tendencia del deseo de cero y un hijo, creciente cuanto menor es la edad y llegando al 20% para los más jóvenes. En los sectores altos, es llamativa la importancia del modelo de 3 hijos y más, que es aún superior, disputando la primacía aún entre los más jóvenes y superando el 80% para los nacidos en la década del '40.

Para dimensionar los cambios en términos generales, la comparación más cercana y pertinente refiere a la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1986. Esa comparación (cuadro 4) confirma alguna de las tendencias demográficas más relevantes a nivel global. De 1986 a 2004, el modelo de un hijo muestra un crecimiento importante en todos los grupos de edad, llegando en algún tramo (de 20 a 24 años) a ser mayor en más de tres veces. Algo similar sucede con quienes no desean ningún hijo.

Cuadro 4
Fecundidad deseada por grupos de edad, Uruguay 1986 y 2004.

Edad	Número deseado de hijos (%)									
	0 hijos		1 hijo		2 hijos		3 hijos		4 y más	
	1986	2004	1986	2004	1986	2004	1986	2004	1986	2004
15 a 19	0,3	1,5	9,4	13,8	50,5	57,2	22,6	19,6	15,3	7,9
20 a 24	0.2	1,6	4.0	14,4	46.3	49,4	25.1	25,5	19.8	9,1
25 a 29	0.5	1,5	5.0	9,4	38.5	52,9	29.2	25,0	23.7	11,2
30 a 34	0.6	0,6	4.7	9,2	37.3	44,8	26.4	24,5	27.4	20,9
35 a 39	0.7	1,1	4.2	6,8	33.7	44,9	23.8	22,4	34.7	24,8
40 a 44	0.9	2,2	3.5	7,7	30.6	35,6	25.8	24,9	39.5	29,6
45 a 49	1.0	1,5	4.7	8,4	27.2	39,9	25.4	24,6	37.0	25,6

Fuentes: Encuesta Nacional de Fecundidad (1986) y Encuesta sobre Reproducción… (2005)

El modelo de dos hijos se afianza, mientras que los que desean tres hijos se mantienen como una proporción relativamente estable, casi para todos los grupos etarios. El cambio en las preferencias de fecundidad, finalmente, puede leerse también desde la caída del modelo de 4 hijos y más: el retroceso es consistente y llega a observarse una disminución a la mitad en los menores de 30.

Fecundidad observada y deseada para la población con paridez completa (45 a 59 años)

Observar la población de entre 45 y 59 años permite conocer la fecundidad en aquellas personas que ya han completado su procreación (en la totalidad de las mujeres, por razones biológicas; en la casi totalidad de los hombres, por comprobación estadística). Las características de esta población, entonces, nos podrán informar sobre el comportamiento reproductivo de los uruguayos, sin el sesgo que pueden introducir quienes aún no terminaron su vida reproductiva (y por tanto tienen una paridez total aun incompleta).

En cuanto a la fecundidad observada, se ha categorizado la cantidad de hijos nacidos vivos en cero, uno, dos, tres y cuatro y más hijos. La ultima categoría, cuatro y más hijos, es la que concentra la mayor cantidad de casos (29,3). Esto sucede para ambos sexos, aunque no para todas las edades. La franja de edad más joven de esta subpoblación (45 a 49 años) casi comparte el mismo valor para el caso de los tres hijos.

Si se observa el estado civil actual, se encuentran diferencias importantes. Quienes están solteros, sin haber convivido anteriormente, no tienen hijos en un 81,8 de los casos. Esto significa una frecuencia diez veces superior a la que se da en el total. El promedio de hijos para esta categoría también es significativo: 0,38, cuando el promedio total de la subpoblación es de 2,54. Estas diferencias de fecundidad según estado civil

son estadísticamente significativas, a diferencia de las encontradas para edad y sexo.

Son asimismo estadísticamente significativas las diferencias entre categorías de nivel socioeconómico. En el nivel más bajo, la moda es de cuatro hijos y más, pero además es en esa categoría donde se acumulan casi la mitad de los casos. A medida que se sube en nivel socioeconómico, desciende el promedio de hijos. Esto se da progresivamente en todos los casos salvo para el nivel alto, que presenta un promedio de hijos ligeramente superior al del nivel medio – alto. Esa tendencia no es sorprendente sino que se ha registrado en varios contextos nacionales.

Cuadro 5
Porcentaje de población entre 45 y 59 años por tramos de fecundidad observada según características sociales, Uruguay 2004

	Número de hijos							
Características sociales	0	1	2	3	4 +	N	X	Sig. (1)
Sexo								
Hombre	9,7	11,7	26,6	24,2	**27,7**	632	2,49	
Mujer	6,9	11,2	27,7	23,5	**30,7**	685	2,60	
Edad								
45 a 49	8,9	10,8	25,5	**27,5**	27,3	462	2,53	
50 a 54	8,3	12,2	28,0	21,3	**30,3**	436	2,53	
55 a 59	7,4	11,5	28,2	22,4	**30,5**	418	2,58	
Estado Civil Actual								
En pareja	4,7	11,2	**29,1**	25,9	**29,2**	1048	2,64	
Divorciado, separado	12,1	12,1	**22,5**	22,0	21,2	172	2,49	**
Viudo	5,8	17,3	25,0	9,6	**42,3**	51	2,67	
Soltero nunca en pareja	81,8	11,4	2,3	0	4,5	45	0,38	
Nivel Socio económico								
Bajo	7,3	11,1	18,4	15,3	**47,9**	260	2,85	
Medio bajo	6,8	12,2	27,4	17,9	**35,7**	263	2,63	
Medio	6,7	12,6	**29,7**	21,6	29,4	269	2,54	**
Medio alto	10,9	11,2	**30,6**	**30,6**	16,7	257	2,32	
Alto	8,8	10,3	29,9	**34,9**	16,1	262	2,38	
Educación								
Hasta 3 años	7,9	9,2	22,4	19,7	**40,8**	77	2,78	
De 4 a 6 años	6,6	12,6	24,1	15,5	**41,2**	382	2,71	
De 7 a 9 años	11,3	11,7	22,7	24,7	**29,6**	248	2,49	**
De 10 a 12 años	3,8	10,4	**32,5**	31,1	22,1	365	2,58	
13 o más años	14,0	12,8	**30,6**	28,1	14,5	234	2,16	
Región								
Montevideo metropolitano	9,4	12,5	26,0	24,5	**27,6**	793	2,45	*
Interior	6,4	10,0	28,8	22,9	**31,8**	528	2,64	
Total	**8,2**	**11,5**	**27,2**	**23,9**	**29,3**	**1317**	**2,54**	

(1) Diferencias significativas estadísticamente: **0,01; *0,05. (Resaltado el valor modal en cada caso)

Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

Es en los años de educación donde se observa el ordenamiento más claro: a más años de educación, menor promedio de hijos. Desde 2,78 hijos para quienes tienen tres años o menos de educación, hasta 2,16 para los que recibieron una educación formal de 13 años o más. La moda de fecundidad da otra muestra de esto: hasta los 9 años de educación, la moda es de cuatro hijos o más. De 10 años de educación en adelante, de dos hijos. Por último, la región de residencia (Montevideo y área metropolitana - Interior) no discrimina con tanta fuerza como estas últimas 3 variables; sin embargo, el promedio de hijos es diferente (2.45 para Montevideo y área metropolitana y 2.64 para el Interior).

Observando la situación en términos generales, la fecundidad deseada es superior a la observada. Al considerar el promedio de hijos deseado (3,4) se observa una distancia con respecto al promedio de hijos observado (2,54). Por tanto, la insatisfacción de la población general de 45 a 59 años es por defecto. Se desea casi un hijo más que el que se ha tenido. Entonces, tal como se ha verificado en la experiencia europea (Eurofund, 2004:3), en el Uruguay la situación más usual es la de tener un ideal de fecundidad superior a la fecundidad efectivamente lograda.

Si se quiere observar la fecundidad deseada, ahora discriminando su comportamiento según distintas variables sociales, no se encontrarán diferencias tan importantes como las que se verifican para la fecundidad observada. En definitiva, el comportamiento de los uruguayos con paridez completa es más homogéneo en sus deseos de fecundidad que en su comportamiento reproductivo. Ni la región de residencia, ni el nivel socioeconómico, ni el sexo permiten discriminar la fecundidad deseada de forma estadísticamente significativa.

La distinción según la cual sí hay diferencias significativas en cuanto a los deseos es la de los quinquenios de edad. El grupo más joven (de 45 a 49 años), que tenía una menor fecundidad observada, también desea una menor fecundidad. Su moda es de 2 hijos, cuando para el resto de las categorías de edad es de 4 hijos y más. Este dato es relevante pues podría iluminar algunas de las dudas existentes en torno a los temas vinculados a la Segunda Transición Demográfica en el país.

El número deseado de hijos por estado civil actual es diferencial, sobre todo para los solteros que nunca convivieron con una pareja. Allí los valores son drásticamente distintos a los de casados, divorciados, separados y viudos. Las diferencias se muestran en la moda, de 2 hijos para los solteros cuando en los otros casos es de 4 hijos y más. En el promedio también se observan diferencias claras, llegando a casi un hijo promedial menos, si se los compara con los viudos. Finalmente, es significativa la distinción según educación. Lo más llamativo en este sentido es la alta concentración, arriba del 40%, de personas con 6 años o menos de educación que declaran desear 4 hijos o más.

Cuadro 6
Porcentaje de población entre 45 y 59 años por tramos de fecundidad deseada según características sociales, Uruguay 2004.

Características sociales	Número deseado de hijos							
	0	1	2	3	4 +	N	X	Sig. (1)
Sexo								
Hombre	3,0	7,3	32,6	22,0	**35,1**	632	2,80	
Mujer	1,6	6,5	32,3	24,2	**35,4**	685	2,85	
Edad								
45 a 49	1,5	8,4	**39,9**	24,6	25,6	462	2,64	
50 a 54	1,8	7,1	31,1	20,8	**39,1**	436	2,89	**
55 a 59	3,3	5,0	25,8	24,2	**41,7**	418	2,96	
Estado Civil Actual								
En pareja	2,4	5,6	32,3	24,1	**35,5**	1048	2,85	
Divorciado, separado	1,7	6,9	32,9	23,7	**34,7**	172	2,83	**
Viudo	0,0	13,2	22,6	17,0	**47,2**	51	2,97	
Soltero nunca en pareja	4,4	28,9	**44,4**	4,4	17,8	45	2,04	
Nivel Socio económico								
Bajo	3,4	8,4	34,4	14,1	**39,7**	260	2,78	
Medio bajo	2,3	8,3	32,2	17,0	**40,2**	263	2,85	
Medio	2,6	3,0	**43,2**	20,3	31,6	269	2,74	
Medio alto	1,6	6,6	30,7	25,7	**35,4**	257	2,87	
Alto	0,4	8,0	21,5	**38,7**	31,4	262	2,92	
Educación								
Hasta 3 años	2,6	7,8	37,7	10,4	**41,6**	77	2,80	
De 4 a 6 años	2,9	4,9	35,3	15,3	**41,6**	382	2,88	
De 7 a 9 años	1,6	12,9	**41,4**	19,7	24,5	248	2,52	**
De 10 a 12 años	1,6	3,3	26,5	32,2	**36,3**	365	2,98	
13 o más años	0,9	9,0	26,5	31,6	**32,1**	234	2,85	
Región								
Montevideo y área metropolitana	2,5	6,2	30,1	26,2	**35,0**	793	2,85	
Interior	1,9	8,0	**36,0**	18,6	35,6	528	2,78	
Total	**2,2**	**6,9**	**32,5**	**23,2**	**35,3**	**1321**	**3,4**	

(1) Diferencias significativas estadísticamente: **0,01; *0,05

Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

De aquí en adelante se estudiará el vínculo entre la fecundidad observada y la deseada agrupando en tres categorías las posibles situaciones: 1) existen personas que han tenido menos hijos que los deseados, 2) personas que han tenido tantos hijos como deseaban y 3) personas que han tenido más hijos que los deseados. Es decir, situaciones de insatisfacción por defecto satisfacción e insatisfacción por exceso. A partir de

esta construcción puede observarse si se cumple la hipótesis de la doble insatisfacción, además de observar cómo se distribuye la satisfacción o insatisfacción con respecto a la fecundidad alcanzada.

En términos generales, algo más del 40% de la población de entre 45 y 59 años ha tenido exactamente la fecundidad deseada. Un hallazgo central es la verificación de que existe una fuerte insatisfacción "por defecto", que supera el tercio de esta población, al tiempo que la insatisfacción "por exceso" es mucho menos frecuente (menos de un quinto del total). Esa es una conclusión importante y no del todo esperada.

Igualmente, se pueden observar diferencias en esta variable según ciertos clivajes, como el nivel socioeconómico. En ese sentido, la constatación más llamativa es que en ninguno de los cinco niveles es predominante la insatisfacción por exceso. Si se observa la moda estadística, en todos los niveles socioeconómicos lo más frecuente es la satisfacción con la fecundidad obtenida o la insatisfacción por defecto. Sí hay diferencias, igualmente, en la intensidad con que se da esta distribución.

Los casos de insatisfacción por exceso, si bien no son predominantes en ningún nivel, son claramente diferenciales. A medida que aumenta el nivel socioeconómico, caen de 33,6 % a 6,0 %, mostrando diferencias estadísticamente significativas. También lo son respecto a la edad, el estado civil, la educación, la paridez alcanzada y, con un criterio menos exigente (significatividad al 0,05 y no 0,01), la región geográfica.

En cuanto a la edad, a medida que se avanza, se observa más insatisfacción por defecto. El estado civil muestra su valor más llamativo en la categoría "Soltero que nunca convivió en pareja", donde el 84,1 % de las personas deseaba más hijos de los que efectivamente tuvo. Los años de educación se comportan de modo similar al nivel socioeconómico. A medida que aumentan los años de educación, el porcentaje de insatisfechos por exceso, caen de 33,3 % a 9,2 %. En todas las categorías, o bien las personas están satisfechas con la cantidad de hijos tenida, o bien hubiera deseado tener más.

Al vincular la paridez alcanzada con la satisfacción / insatisfacción, se observa que es recién para el caso de quienes tienen 4 hijos y más que la moda se da en la insatisfacción por exceso. En cualquier otro caso, las personas tuvieron tantos hijos como desearon, o menos. Aquí vuelve a observarse que la insatisfacción con la fecundidad está, en la mayor medida, vinculada a la insatisfacción por defecto.

Uno de los principales hallazgos, entonces, es que a pesar de existir previsibles diferencias en la población, si se la observa por nivel socioeconómico o años de educación, estas diferencias se dan sobre todo en el contexto de la insatisfacción por defecto. No existe un peso tan importante como se esperaba de la insatisfacción por exceso, ni siquiera en el nivel socioeconómico más bajo. Por tanto el problema de no saber controlar la fecundidad no parece tan frecuente como podía pensarse a primera vista.

Cuadro 7
Porcentaje de población entre 45 y 59 años por relación entre fecundidad observada y deseada según características sociales, Uruguay 2004.

Características sociales	Relación observados y deseados					(n)	Sig. (1)
	Insatisfacción por defecto	Satisfacción	Insatisfacción por exceso	Diferenciades - obs			
Sexo							
Hombre	37,4	44,0	18,6	-0,50		612	
Mujer	38,2	42,2	19,7	-0,34		676	
Edad							
45 a 49	30,6	47,3	22,1	-0,02		457	
50 a 54	39,3	41,2	19,4	-0,56		426	**
55 a 59	44,2	40,0	15,8	-0,70		405	
Estado Civil Actual							
En pareja	35,0	45,4	19,6	-0,35		1031	
Divorciado, separado	41,1	36,9	22,0	-0,52		169	**
Viudo	45,5	40,9	13,6	-0,35		45	
Soltero, nunca en pareja	84,1	11,4	4,5	-1,74		43	
Paridez							
0	96,2	3,8	0,0	-2,13		106	
1	67,8	26,2	6,0	-1,05		149	
2	42,5	53,3	4,2	-0,97		354	**
3	24,3	54,6	21,0	-0,43		313	
4 y más	15,8	41,3	42,9	0,89		366	
Nivel Socio económico							
Bajo	31,2	35,2	33,6	0,27		247	
Medio bajo	37,2	37,9	24,9	-0,20		261	
Medio	33,1	47,1	19,8	-0,24		263	**
Medio alto	46,3	41,5	12,2	-0,90		228	
Alto	41,7	52,3	6,0	-1,01		283	
Educación							
Hasta 3 años	34,7	32,0	33,3	-0,02		75	
De 4 a 6 años	33,8	43,4	22,9	-0,07		375	
De 7 a 9 años	28,8	39,5	31,7	0,13		243	**
De 10 a 12 años	41,1	49,3	9,6	-0,85		355	
13 años y más	50,1	40,2	9,2	-1,08		229	
Región							
Montevideo metropolitano	42,6	39,6	17,8	-0,52		774	*
Interior	30,5	48,1	21,4	-0,25		513	
Total	37,8	43,0	19,2	-0,42			

(1) Diferencias significativas estadísticamente: **0,01; *0,05
(Resaltado el valor modal en cada caso)

Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

Determinantes de satisfacción con la fecundidad a través de una regresión logística multinomial

La técnica de regresión logística multinomial permite ver las determinantes de la insatisfacción por defecto y por exceso, tomando como referencia la satisfacción con la fecundidad. En cada variable determinante se toma una categoría como referencia, de modo que es posible saber cuál o cuáles categorías tienen una incidencia estadística significativamente distinta de la de referencia. En este caso, se han especificado dos modelos. Uno que introduce a la educación como variable independiente y otro que utiliza un índice de factor socioeconómico como determinante de la relación entre la fecundidad y el deseo.

Cuadro 8
Regresion logistica multinomial - insatisfacción con la fecundidad (Población con fecundidad completa: 45 años y más)

	MODELO 1		MODELO 2	
Características Sociales	**Insatisfacción por defecto Exp. (B)**	**Insatisfacción por exceso Exp (B)**	**Insatisfacción por defecto Exp. (B)**	**Insatisfacción por exceso Exp (B)**
Edad				
45 a 49	0,565**	1,070	0,569**	1,045
50 a 54	0,870	1,183	0,856	1,206
55 a 59	1,000	1,000	1,000	1,000
Estado civil actual				
En pareja	1,000	1,000	1,000	1,000
Divorciado, separado, viudo	1,383	0,667	1,334	0,695
Soltero, nunca en pareja	11,11**	1,123	11,053**	0,937
Nivel socioeconómico				
Bajo			1,105	8,490**
Medio bajo			1,328	5,818**
Medio			0,955	3,596**
Medio alto			1,433	2,509**
Alto			1,000	1,000
Educación				
Hasta 3 años	0,788	4,316**		

De 4 a 6 años	0,663*	2,278**		
De 7 a 9 años	0,625*	3,484**		
De 10 a 12 años	0,727	0,847		
13 años y más	1,000	1,000		
Región				
Montevideo y área metropolitana	1,694**	1,101	1,769**	1.209
Interior	1,000	1,000	1,000	1.000
Constante	-0,0412	-1,611	-0,494	-2.337
N	1321		1321	
Pseudo R2 Nagelkerke	0,139		0,144	
-2 Log likelihood	465,974		500,662	

Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

No se ha incluido la variable sexo en el análisis porque no mostró ser un clivaje relevante. La satisfacción con la fecundidad de los hombres es muy similar a la de las mujeres (ver anexo)

En cuanto a la edad, al tomar como referencia la categoría de 55 a 59 años, las diferencias significativas se encuentran en relación a la de 45 a 49 años: los de esta edad, más jóvenes, tienen más probabilidad de estar insatisfechos por defecto. Analizando las distribuciones univariadas vistas más arriba, es plausible que esta diferencia se deba más a un descenso en las expectativas de fecundidad que a la fecundidad alcanzada, lo que coincide con fenómenos que podían esperarse desde el marco de la STD.

El estado civil aparece como un determinante, nuevamente para la insatisfacción por defecto, en el siguiente sentido: existen diferencias significativas entre la situación de soltero que nunca ha convivido en comparación con la categoría de referencia, en pareja. El coeficiente Exp(B) es de más de 11, por lo que las chances de haber tenido "hijos de menos" son mucho más importantes para los solteros que no han convivido que para quienes están en pareja.

El nivel socioeconómico y los años de educación se han incorporado a los modelos (el nivel socioeconómico al modelo II y la educación al modelo I) e inciden en las chances de tener insatisfacción con la fecundidad. En el caso del nivel socioeconómico, es significativa la incidencia en la probabilidad de insatisfacción por exceso: aumenta a medida que es menor el NSE, tomando como referencia el nivel "alto". Los años de educación, con la categoría de referencia en "13 años y más", se comportan del mismo modo (salvo para "10 a 12 años", donde no existe significatividad estadística).

En el caso de la educación, también es significativa la determinación de la insatisfacción por defecto, para las categorías "De 4 a 6 años" y "De 7 a 9 años", donde decrece la probabilidad con respecto a "13 años y más". Finalmente, la región (Montevideo y área metropolitana/Interior)

determina significativamente la probabilidad de insatisfacción, por lo que se incorpora a los modelos: ser montevideano aumenta las chances de estar insatisfecho con la propia fecundidad por defecto, con respecto a quienes son del Interior.

Conclusiones

Las primeras conclusiones, a la luz de la nueva evidencia, indicarían que existen diferencias significativas con respecto a la insatisfacción con la fecundidad: a) según nivel socioeconómico, b) según años de educación, c) según región (Montevideo – Interior), d) según edad y obviamente e) según paridez.

Sin embargo, estas diferencias reflejan solo parcialmente la hipótesis de la doble insatisfacción, dado que si bien se dan los comportamientos esperados (son los sectores bajos en nivel socioeconómico y educación quienes están insatisfechos por exceso en mayor medida), se verifica una tendencia general por la cual la insatisfacción por defecto es más común de lo que imaginábamos, siendo mayor que la insatisfacción por exceso en casi todos los sectores.

Por otra parte, la población que culminó su período reproductivo y que declara tener la misma fecundidad que la deseada (aquellos que hemos denominado "satisfechos" con respecto a la fecundidad) sólo son mayoría entre el sector socio-económico alto y entre los que tuvieron dos y tres hijos. En todos los otros casos, la suma de los dos tipos de insatisfacción supera a aquellos que han tenido la fecundidad que deseaban. La generación que acaba de culminar su período reproductivo está lejos de haber alcanzado el ideal de que toda persona tenga los hijos que desea. Uno de cada tres, por haber tenido menos que los que esperaba, mientras que uno de cada cinco por haber tenido más.

La fecundidad deseada se comporta como era de esperar, siendo más baja cuanto menores la edad. El modelo de dos hijos es prevalente como fecundidad deseada recién para el rango de 30 a 34 años y para los menores; en el resto de las edades, lo más frecuente es desear una fecundidad de 3 hijos y más.

De todos modos, los deseos de fecundidad declarados (surgidos de "Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría o hubiera tenido?") deben relativizarse, ya que al controlarlos por otra pregunta ("¿Desea tener un (otro) hijo/ a en el futuro?"), la cantidad de hijos deseados desciende. Hemos hecho análisis que no incorporamos a este documento, donde encontramos un número importante de casos donde a pesar de no haber alcanzado la fecundidad deseada, al preguntársele si deseaban tener otro hijo en el futuro, el respondente decía que no.

Según evidencia recolectada, (Eurofund, 2004: 4) la insatisfacción con la fecundidad, tanto por no alcanzar la deseada como por sobrepasarla, impacta en el bienestar subjetivo de las personas. Esto es especialmente cierto para el caso de sobrepasar la fecundidad deseada, pero se da en ambos casos.

¿Cuán lejos estamos, entonces, de que toda la fecundidad sea deseada? Esta pregunta que nos hacíamos al inicio refiere fundamentalmente a una de las formas de insatisfacción: la insatisfacción por exceso. Y hemos mostrado que esta situación es claramente más significativa entre los sectores sociales más desfavorecidos, tal como adelantaba la hipótesis de la doble insatisfacción. Aquí la implicancia del hallazgo es clara: mayor empoderamiento de las personas para hacer valer sus derechos reproductivos (condiciones para obtener la fecundidad deseada) pueden llevar a reducir este nivel de insatisfacción. Esto no se restringe a las políticas de propiciar el acceso de la población más pobre a métodos anticonceptivos modernos, sino que implica darles a las personas un marco de acción donde puedan hacer valer sus aspiraciones.

Sin embargo, la otra forma de insatisfacción implica responder una pregunta diferente: ¿cuán lejos estamos para llegar a tener toda la fecundidad que deseamos? Esta pregunta refiere sobre todo a lo que hemos denominado "insatisfacción por defecto" que, según se ha mostrado aquí, es prevalente entre los sectores con alta educación pero que es asimismo una situación muy común en todos los sectores sociales. En este caso, la implicancia de política pasa por favorecer las condiciones de reproducción, socializando los costos asociados a la tenencia de hijos.

En definitiva, este trabajo ha mostrado que hay dos formas bien distintas de insatisfacción y que se distribuyen diferencialmente por sectores sociales. Ahora bien, ¿se desprende entonces que debemos adecuar la política social a cada sector social? La política pública, ¿debería ser controlista para unos y natalista para otros? Nuestra posición es que no necesariamente.

La situación actual muestra que Uruguay acumula ya cuatro años de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Por primera vez hay síntomas de que la fecundidad está bajando en los sectores sociales bajos, sectores que habían mantenido el peso de la reproducción de la población uruguaya, en un patrón marcadamente dual. Los niveles de conocimiento de métodos anticonceptivos han sido altos desde mediados de la década de los ochenta. Lo que ha cambiado a fines de los noventa, ha sido el acceso a métodos anticonceptivos modernos a través de políticas públicas oficiales de corte universal que han dotado a los centros de atención primaria de un rol más activo en la atención de la salud reproductiva. Esta acción junto con otras iniciativas que empoderen a las personas en la búsqueda de su realización personal, deberían seguir reduciendo la insatisfacción por exceso. Esta política de carácter universal debería

redundar en un mayor beneficio para los sectores sociales bajos, que reducirían una proporción importante de los hijos no deseados.

Por otra parte, para reducir la insatisfacción por defecto, se debería actuar sobre el costo de oportunidad de tener hijos. Los sectores medios son los que se ven más constreñidos entre sus aspiraciones de ascenso social y los costos de educar un hijo según sus expectativas. Socializar algunos de esos costos, proveyendo servicios públicos que reduzcan el costo en las unidades familiares podría aumentar la cantidad de personas de clase media que no se constriñe en su fecundidad y logra así hacerla coincidir con sus deseos. Esta sería otra política pública universal, que puede actuar de incentivo a la fecundidad entre aquellos sectores que están actualmente por debajo del reemplazo, mientras que le sería indiferente a aquellos que ya tienen hijos por encima de los que desean.

Ninguna de estas dos medidas es novedosa. Lo que si creemos que puede ser un aporte de este trabajo es la reflexión acerca de que desde lineamientos de política universales se puede incidir sobre situaciones de insatisfacción diferentes. El desafío es que cada sector social se apropie de estas medidas y revea sus aspiraciones de fecundidad y/o su fecundidad efectiva, de forma de alcanzar un nuevo equilibrio societal donde los satisfechos superen a los insatisfechos o donde se cumpla la máxima de la *sociedad de contracepción perfecta*: que cada persona tenga los hijos que desea.

Notas

[1] Universidad de la República (Uruguay), Facultad de Ciencias Sociales, andresperihada@yahoo.com.

[2] Universidad de la República (Uruguay), Facultad de Ciencias Sociales, ipardo @montevideo.com.uy.

[3] El índice de Nivel Socioeconómico es una medida sintética que resume a través de la técnica factorial indicadores sobre el nivel educativo del jefe del hogar, el ingreso total del hogar, los bienes de confort del hogar y nivel de satisfacción de necesidades básicas. En este caso, los valores estandarizados del índice se agruparon en quintiles.

Bibliografía

CHACKIEL, J. (2004), *Transición de la Fecundidad en América Latina*, Papeles de población Vol 10, nº41, pag 9 a 58

BILLINGSLEY, S. (2008), Fertility Behavior in Armenia and Moldova:The Decline during the Post-Soviet Transition and Current Preferences, DHS, Demographic and Health Research, DHS Working Paper nº45

BONGAARTS, J. (2003), Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences, Population Council, Working Papers nº177

KRIEGER, H. (2004), *Family life in Europe. Results of recent surveys on Quality of life in Europe*, paper presented at the Irish Presidency Conference "Familiy, change and social policy in Europe"

CENTRE FOR POLICY DIALOGUE (2002), *Exploring Recent Fertility Behaviour in Bangladesh,* Dhaka, Bangladesh

EUROFOUND (2004), Fertility and family issues in an enlarged Europe

FEYISETAN B. & Casterline, J. (2000), *Fertility Preferences and Contraceptive Change In Developing Countries* International Family Planning Perspectives Volume 26, Nº 3

JAYARAMAN, A. et al (2008), The Effect of Family Size and Composition on Fertility Desires, Contraceptive Adoption, and Method Choice in South Asia, DHS, Demographic and Health Research, DHS Working Paper nº40

KIMANI, M. (2004), Fertility Preferences in Kenia, in Kenya Demographic and Health Survey 2003

KOHLMAN, A. (2001), Fertility Intentions in a Cross-Cultural View: The Value of Children Reconsidere, Max-Planck-Institute for Demographic Research

KULKARNI, S & Choe, M.K. (1998), *Wanted and Unwanted Fertility in Selected States of India*, National Family Health Survey Subject Reports, nº6

LERIDON, H. (2005), *Reproduction and demography in Europe*, Elsevier, International Congress Series

MÁRQUEZ, M & Westoff, C. (1999), *The Two-Child Norm in the Philippines,* Population Institute, University of the Philipinnes – DHS

MSP – OPS (1994), Encuesta Nacional de Fecundidad 1986, Ed. Trilce

PETROSYAN, H, Magluchants, J. & Arustamyan, K. (2000), *Fertility Preferencies in Armenia,* en " Armenia Demographic and Health Survey 2000", Armenia National Statistical Service

POLLERO, R. (1994), *Transición de la fecundidad en el Uruguay*, Documento de Trabajo nº17, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay)

PORTER, M. et al (2006), Unfulfilled expectations: How circumstances impinge on women's reproductive choices, Social Science & Medicine nº62

RAFALIMANANA, H. & Westoff, C. (2001) Gap between Preferred and Actual Birth Intervals in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility and Child Health, DHS Analytical Studies

TACTUK, P. et al (1990), Determinantes, Niveles y Tendencias de la Fecundidad en República Dominicana, IEPD, DHS Further Analysis Series, nº8

THI NGOC HOA, N (2005), *The role of family planning and abortion in fertility reduction in Vietnam*, International Institute for Population Sciences

TOULEMON, L & Testa, M.R. (2005), Fertility intentions and actual fertility: A complex relationship, Population & Society nº 415

WESTOFF, C & Bankole, A. (2002), Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century, DHS Comparative Reports No. 2.

ANEXOS

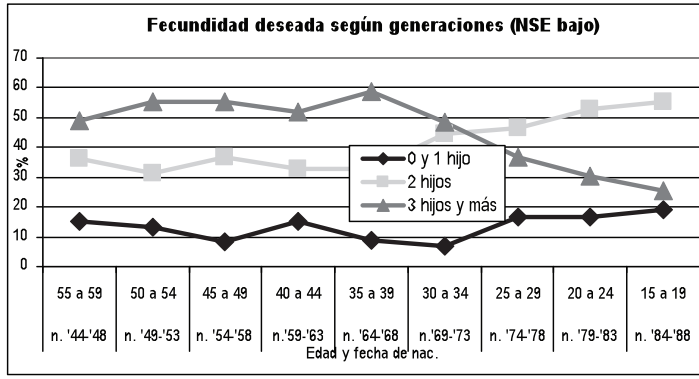
Fecundidad observada, deseada y satisfacción con la fecundidad según sexo. (Para población con fecundidad completa) Uruguay, 2004.

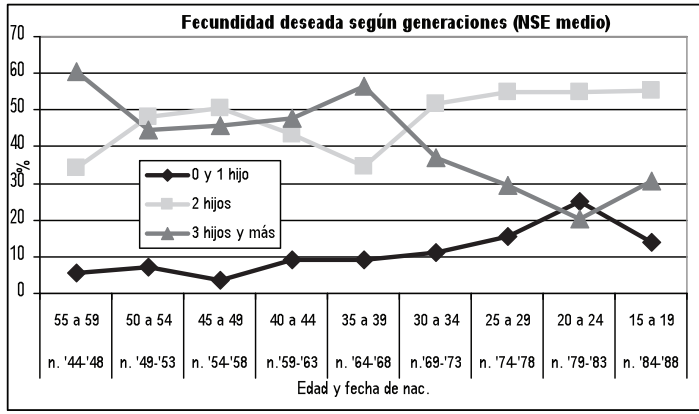
	Sexo	Promedio	Desvío standard	Std. Error	F	SIg.
Fecundidad deseada	Masculino	3,39	2,496	,104	0,565	0,452
	Femenino	3,49	2,218	,088		
	Total	3,44	2,354	,068		
Cantidad de hijos nacidos vivos	Masculino	2,93	2,149	,088	1,641	0,200
	Femenino	3,09	2,141	,085		
	Total	3,01	2,145	,061		

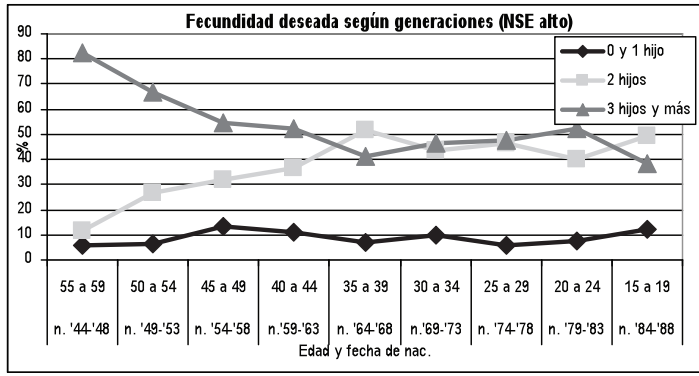
Satisfacción con la fecundidad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Insatisfacción por defecto	38,2	38,6	38,4
Insatisfacción por exceso	19,7	18,5	19,1
Satisfacción con la fecundidad alcanzada	42,2	42,9	42,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Reproducción Social…, Uruguay, 2005

Fecundidad deseada según generaciones, por nivel socioeconómico– Uruguay, 2004.







DECLÍNIO DA FECUNDIDADE NO BRASIL E MÉXICO E O NÍVEL DE REPOSIÇÃO: EFEITOS TEMPO, PARTURIÇÃO E QUANTUM

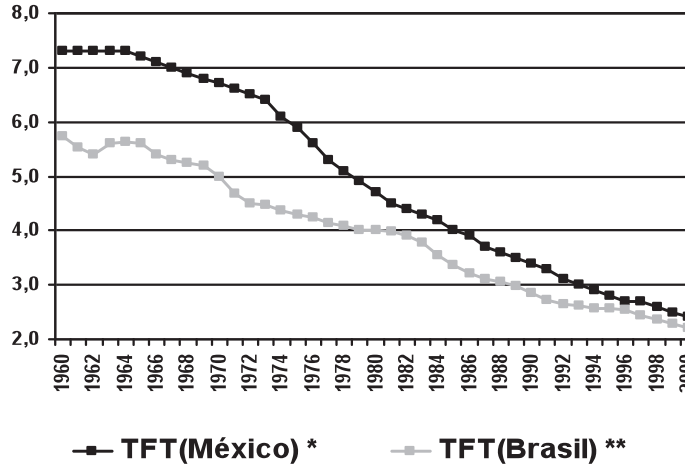
Adriana de Miranda-Ribeiro[1]
Eduardo L.G. Rios-Neto[2]
José Antonio Ortega[3]

Introdução

Brasil e México passaram, nos últimos 40 anos, por profundas transformações demográficas, principalmente no que se refere à fecundidade. Em 1960, a taxa de fecundidade total (TFT) do México era de 7,3 filhos, em média, por mulher e, em 2000, atingiu 2,4 filhos por mulher. No Brasil, a queda foi menos acentuada, mas também bastante significativa. Em 1960, a TFT era de cerca de 5,7 filhos, em média, por mulher e em 2000 atingiu aproximadamente 2,1 filhos por mulher. O Gráfico 1 mostra que a queda da fecundidade nos dois países se iniciou em meados da década de 1960, em ritmos e níveis diferentes e que, ao final da década de 1990, o número médio de filhos das mulheres brasileiras e mexicanas é muito parecido e próximo do nível de reposição.

Os estudos sobre a transição da fecundidade no Brasil e no México têm se limitado, em grande parte, à análise de medidas tradicionais de fecundidade (taxas de fecundidade específicas por idade, taxas de fecundidade total e idade média da fecundidade). Isso se deve, sobretudo, à baixa qualidade dos registros de nascimentos e à ausência de boas histórias de nascimentos. O uso das medidas tradicionais, no entanto, pode levar a interpretações equivocadas da realidade, uma vez que estas sofrem efeitos das mudanças ocorridas ao longo do tempo. Neste sentido, os pesquisadores têm buscado medidas alternativas e, longe de chegar a um consenso, caminham em diversas direções, na busca de entender o passado, explicar o presente e prever o futuro da fecundidade.

Gráfico 1
Brasil e México, 1960/2000: Séries históricas de taxas de fecundidade total (TFT).



*Fontes: * Consejo Nacional de Población, México.*
*** IBGE, Brasil: Censos Demográficos, 1970, 1980, 1991 e 2000.*

A busca pela medida ideal ou pelo melhor conjunto de medidas de fecundidade surge da necessidade de se conhecer o processo reprodutivo, enquanto componente essencial da dinâmica demográfica. A importância dessa questão tem aumentado, na medida em que a fecundidade alcança níveis cada vez mais baixos. A preocupação que, outrora, esteve focada no crescimento populacional, tem se voltado para os problemas que baixos níveis de crescimento ou decrescimento populacional prolongados –decorrentes dos baixos níveis de fecundidade– podem causar a uma população.

Os esforços na busca pelas medidas esbarram, muitas vezes, na ausência ou na deficiência de dados. A forma mais simples para mensuração da fecundidade é através da utilização dos registros de nascimentos. No entanto, para grande parte da população mundial, esses registros são imprecisos ou incompletos, o que dificulta a sua estimação. Tal fato, na maioria dos casos, condiciona a mensuração às pesquisas domiciliares e, conseqüentemente, à sua periodicidade, representatividade e às informações disponíveis. Em geral, censos demográficos e outras pesquisas domiciliares possuem quesitos sobre reprodução e figuram como as principais –às vezes as únicas– fontes de informação. Neste sentido, da sua exploração depende a qualidade das informações e a extensão do conhecimento da realidade.

A partir da década de 1960, os avanços tecnológicos facilitaram o desenvolvimento de técnicas – ou metodologias – baseadas em uma forma diferente de manipulação dos dados censitários e que produzem bancos de dados a partir dos quais é possível o cálculo de algumas medidas de fecundidade. Dentre essas técnicas, destacam-se duas, que propõem a reconstrução de histórias de nascimentos a partir de dados censitários (Miranda-Ribeiro, 2007). Além de permitir o cálculo de um amplo leque de indicadores, a base de dados composta pelas histórias de nascimentos das mulheres enumeradas no censo permite a construção de séries históricas de indicadores, que os dados, da forma como se apresentam, não permitem.

Um exemplo é a série histórica das intensidades, definidas como a razão entre o número de nascimentos de ordem *i* e o número de mulheres de parturição *i-1*, sempre controlando pela idade da mulher. Esta série histórica, por sua vez, permite a aplicação do modelo proposto por Köhler e Ortega (Ortega e Köhler, 2002). Desenvolvido a partir de críticas ao modelo de Bongaarts & Feeney (Bongaarts e Feeney, 1998), o modelo de Köhler e Ortega decompõe os efeitos sobre a fecundidade de período em três componentes: efeito tempo, resultante das mudanças na idade média da fecundidade; efeito parturição, decorrente das mudanças na composição por parturição da função de fecundidade; e quantum, relacionado ao nível da fecundidade.

O objetivo principal deste artigo é aplicar o modelo desenvolvido por Köhler & Ortega aos dados censitários de Brasil e México, na busca por um entendimento diferenciado do processo de declínio da fecundidade nestes países. A análise das mudanças será feita a partir das séries históricas do efeito tempo, quantum e efeito parturição, para um período de 15 anos (1986 a 2000, para o Brasil e 1985 a 1999, para o México). Como objetivo específico, pretende-se aplicar uma metodologia de reconstrução de história de nascimentos aos dados censitários dos dois países.

Os dados necessários para a aplicação do modelo são retirados das histórias de nascimentos reconstruídas a partir dos microdados dos Censos Demográficos de 2000 de Brasil e México.[4] Foi utilizada a metodologia de reconstrução das histórias de nascimentos baseada em um processo de pareamento, que está descrita em Miranda-Ribeiro (2007:44).

Antecedentes: modelo de Bongaarts & Feeney

Apesar de conceitualmente diferentes, a lógica da definição do efeito tempo está fortemente relacionada à idéia de 'translação demográfica', introduzida por Ryder (1964, 1980) e desenvolvida posteriormente por Foster (1990), Calot (1992) e Keilman (1994, 2001). A translação demográfica está relacionada à transformação de medidas de fecundidade de coorte em medidas de fecundidade de período e vice-versa. O conceito desenvolvido por Bongaarts e Feeney (1998) não está relacionado a trans-

formação alguma, mas diz respeito às variações ocorridas na idade média da fecundidade, durante o período em que a taxa de fecundidade total (TFT) é medida.

Essas variações na idade média da fecundidade provocam mudanças nas TFT medidas durante o período. Na tentativa de mensurar as mudanças na TFT, Bongaarts e Feeney desenvolvem um modelo –modelo B-F–, que tenta remover da TFT as distorções causadas pelas mudanças na idade média da fecundidade (Bongaarts e Feeney, 1998). Esse modelo propõe o cálculo de uma nova TFT, ajustada às mudanças na idade média da fecundidade (TFT_{ajust}), que representa o valor de TFT que seria observado, não fossem as mudanças na idade média da fecundidade. Os autores definem 'efeito tempo' como sendo as mudanças na idade média da fecundidade e 'quantum' como sendo a TFT que seria observada, na ausência do efeito tempo, durante o período no qual a taxa é medida.

A TFT_{ajust} é calculada como sendo a soma das $TFT_{i,ajust}$ para cada ordem de nascimento, *i*:

$$TFT_{ajust} = \sum TFT_{i,ajust} \qquad \text{(Equação 1)}$$

As $TFT_{i,ajust}$ são calculadas a partir da Equação 2:

$$TFT_{i,ajust} = \frac{TFT_{i,obs}}{(1 - r_i)} \qquad \text{(Equação 2),}$$

na qual $TFT_{i,obs}$ é a taxa de fecundidade total observada para a ordem de nascimento *i*, e r_i é a variação anual da idade média da fecundidade para aquela ordem de nascimento.

O desenvolvimento do modelo K-O foi motivado pelas críticas ao modelo B-F. As duas principais críticas referem-se ao fato de os autores desconsiderarem os diferenciais de coorte na mudança da idade média da fecundidade e ao fato de usarem medidas inadequadas na aplicação do modelo (Van Imhoff e Keilman, 2000).

A primeira crítica diz respeito, especificamente, ao valor de r_i utilizado. Este valor pressupõe que a mudança na idade média da fecundidade durante o ano, para uma determinada ordem de nascimento, é igual para todos os grupos etários. Tal pressuposto sugere que mulheres de diferentes idades e coortes, que tiveram um filho de determinada ordem durante um ano, adiantaram ou adiaram este filho na mesma quantidade de tempo. Em outras palavras, o valor único de r_i pressupõe que a função de fecundidade foi constante durante o período. Van Imhoff e Keilman (2000) e Kohler e Philipov (2000) mostram empiricamente que essa suposição de constância é violada, o que implica que mudanças de tempo no período são dependentes da coorte e, além do mais, que um quantum de período puro, tal qual propõem Bongaarts e Feeney (1998), é um conceito insustentável.A segunda crítica diz respeito ao fato de o modelo utilizar taxas

de fecundidade específicas por idade (TEF), cujo denominador contém todas as mulheres de determinado idade ou grupo etário, independente de sua parturição. Assim, as taxas de fecundidade empregadas por B-F não são medidas de exposição ou risco, mas simples freqüências; quando freqüências de período são somadas para todas as idades, o resultado não pode ser interpretado como um indicador de quantum apropriado (Van Imhoff e Keilman, 2000). Os críticos citam como exemplos casos em que a TEF de primeira ordem excede a unidade, o que, na lógica, seria impossível. O que ocorre nestes casos tem duas possíveis explicações. A primeira é a distorção de tempo, a qual o modelo B-F procura ajustar. A segunda diz respeito ao fato de que, ao somar freqüências, assume-se que a proporção de mulheres sem filhos ao final de um intervalo de idade é igual à proporção de mulheres sem filhos do início do intervalo seguinte, o que não é necessariamente o caso, uma vez que os intervalos de idade se referem a diferentes coortes. Quanto maiores as mudanças no tempo, mais diferentes são as proporções por idade. Assim, o uso de taxas específicas de fecundidade exagera os efeitos das distorções de tempo.

O modelo K-O busca dissociar os efeitos sobre a fecundidade de período em três componentes, a partir da utilização das funções de intensidades e da introdução da variância das funções de fecundidade – conceito desenvolvido por Kohler e Philipov (2001). As vantagens na utilização de intensidades residem nos fatos de refletirem a probabilidade instantânea de que uma mulher de determinada parturição tenha um filho (Hoem, 1976) e de serem independentes do comportamento reprodutivo anterior (Ortega e Kohler, 2002).

Modelo de Köhler & Ortega

O primeiro passo para a aplicação do modelo K-O é o cálculo das funções de intensidade, que podem ser extraídas do banco de dados de histórias de nascimentos. São necessárias funções para um período de, no mínimo, cinco anos, já que alguns parâmetros são calculados interativamente. Quanto maior o período, melhor o ajuste dos parâmetros. O banco de dados das histórias de nascimentos reconstruídas a partir dos dados censitários fornece uma série histórica de intensidades por um período de quinze anos. As intensidades são calculadas conforme a Equação 3:

$$m_c(a) = \frac{B_c(a)}{E_c(a)} \qquad \text{(Equação 3),}$$

na qual $B_C\ (a)$ são os nascimentos de filhos de mulheres de idade *a* e classe *c* e $E_c\ (a)$ é o número de mulheres de idade *a* e da classe *c*. Do mesmo modo, o banco de dados permite o cálculo de uma série de taxas específicas de fecundidade por ordem de nascimento –as incidências– de acordo com a Equação 4:

$$f_c(a) = \frac{B_c(a)}{E\ (a)} \qquad \text{(Equação 4),}$$

na qual $B_C\ (a)$ são os nascimentos de mulheres de idade *a* e classe *c* e *E (a)* é o número de mulheres de idade *a*. A relação entre as taxas de incidência e intensidade é dada pela Equação 5:

$$f_c(a) = \frac{B_c(a)}{E\ (a)} = \frac{E_c(a)}{E(a)}\frac{B_c(a)}{E_c(a)} = \frac{E_c(a)}{E(a)} m_c(a) \qquad \text{(Equação 5),}$$

A variação da idade média da fecundidade, segundo a ordem de nascimento e a idade da mulher, é dada pela Equação 6:

$$r_j(a) = \gamma_j + \delta_j(a - \overline{a}_j) \qquad \text{(Equação 6),}$$

na qual γ_j e δ_j são os parâmetros gama e delta, calculados interativamente por um processo descrito em Kohler e Philipov (2001). Gama é a mudança na idade média da fecundidade, ao passo que delta é a mudança no logaritmo do desvio padrão. O parâmetro $\overline{a}_j$ é a idade média da função ajustada de fecundidade. As funções ajustadas de intensidade e incidência são dadas pelas Equações 7 e 8, respectivamente:

$$m_j'(a) = \frac{m_j(a)}{1 - r_j(a)} \qquad \text{(Equação 7)}$$

e

$$f_j'(a) = \frac{f_j(a)}{1 - r_j(a)} \qquad \text{(Equação 8).}$$

As taxas de fecundidade total, TFT_C e *TFT*, são calculadas segundo as Equações 9 e 10:

$$TFT_C = \sum_a f_c(a) \qquad \text{(Equação 9)}$$

e

$$TFT = \sum_c TFTc = \sum_a f(a) \qquad \text{(Equação 10).}$$

Medidas derivadas de tábuas de vida são capazes de eliminar os efeitos de composição das medidas de período. No caso da fecundidade, esses efeitos de composição estão relacionados à distribuição das mulheres segundo a parturição. Por isso, o modelo K-O propõe, como passo seguinte, a construção de uma tábua de fecundidade. Para tanto, as intensidades são transformadas em probabilidades de ter um nascimento, de acordo com a Equação 11:

$$q_j(a) = 1 - \exp[-m_j(a)] \qquad \text{(Equação 11)}$$

A partir das probabilidades da Equação 11, são calculadas outras medidas da tábua de fecundidade. A Equação 12 mostra como é calculado o número de nascimentos de ordem *j*, de mulheres de idade a, $b_j(a)$:

$$b_j(a) = D_j(a)q_j(a) \qquad \text{(Equação 12),}$$

na qual $D_j(a)$ é o número de mulheres de idade *a* e parturição *j*. Um processo interativo que utiliza as Equações 12 e 13 calcula o número de mulheres e de nascimentos.

$$D_j(a+1) = D_j(a) - b_j(a) + b_{j-1}(a) \qquad \text{(Equação 13)}$$

Para o último grupo de parturição, J, que inclui as ordens de nascimento J e as maiores que J, o número de nascimentos e de mulheres é calculado segundo as fórmulas das Equações 14 e 15.

$$b_J(a) = D_j(a)f_J(a) \qquad \text{(Equação 14)}$$

e

$$D_J(a+1) = D_J(a) + b_{J-1}(a) \qquad \text{(Equação 15)}$$

O número de mulheres na condição inicial da tábua de fecundidade (raiz), de idade α e parturição $j=0$, é igual a N. À exata idade α e parturição $j>0$, o número de mulheres é nulo. O número médio de nascimentos de mulheres da coorte sintética é definido pela Equação 16:

$$b_{j1,j2}(a_0, a_1) = \sum_{a=a0}^{a1} \sum_{j=j1}^{j2} b_j(a) \qquad \text{(Equação 16)}$$

Da tábua de fecundidade por idade e parturição é possível, ainda, extrair a fecundidade completa, a partir da fórmula da Equação 17. Essa medida é também denominada "taxa de fecundidade total específica por idade e parturição" (PATFR). Quando a PATFR é construída a partir das intensidades ajustadas, é livre dos efeitos tempo e parturição, ou seja, é uma medida de quantum puro. Essa medida é denominada é denominada $\text{PATFR}_{\text{AJUSTADA}}$.

$$PATFR = b_{0,J}(\alpha, \omega)/N = b_{0,J}(\alpha)/N \qquad \text{(Equação 17)}$$

A $\text{PATFR}_{\text{AJUSTADA}}$ é utilizada para a mensuração do efeito parturição, a partir da comparação com a $\text{TFT}_{\text{AJUSTADA}}$. Para calcular a $\text{TFT}_{\text{AJUSTADA}}$, as intensidades ajustadas, $m`_j(a)$, são convertidas em incidências (ajustadas). Este procedimento leva a um resultado análogo ao do modelo B-F, com a diferença que, neste caso, a inferência sobre o efeito tempo fun-

damenta-se em uma sólida base metodológica e utiliza valores de '*r*' diferentes para cada idade, dentro de uma mesma ordem de nascimento.

As medidas calculadas permitem que se estime a distorção causada na medida de fecundidade pelos efeitos tempo (r) e parturição (d), a partir das Equações 18 e 19. Efeito tempo negativo implica que a $TFT_{OBSERVADA}$ é maior que a $TFT_{AJUSTADA}$, ou seja, houve uma redução na idade média da fecundidade (as mulheres adiantaram o nascimento dos filhos) e isso levou a um aumento no valor da TFT no período. O efeito tempo positivo provoca um efeito contrário.

A interpretação do efeito parturição é o oposto à do efeito tempo. O sinal positivo implica em $TFT_{AJUSTADA}$ maior que a $PATFR_{AJUSTADA,}$ ou seja, favorece a uma fecundidade observada maior do que seria, na ausência do efeito. A interpretação de um efeito parturição negativo é o oposto.

$$r = 1 - \frac{TFT_{OBSERVADA}}{TFT_{AJUSTADA}} \qquad \text{(Equação 18)}$$

$$d = \frac{TFT_{AJUSTADA}}{PATFR_{AJUSTADA}} - 1 \qquad \text{(Equação 19)}$$

Resultados

Brasil e México, Censo Demográfico 2000: Reconstrução de Histórias de Nascimentos.

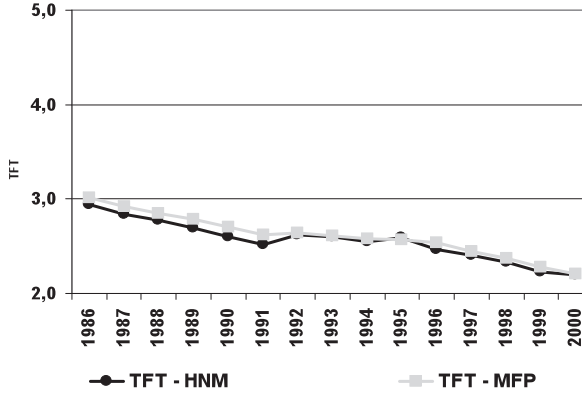
A metodologia de reconstrução de histórias de nascimentos baseada em processo de pareamento (*matching*) – HNM – foi aplicada aos dados dos Censos Demográficos de 2000 de Brasil e México. De acordo com Miranda-Ribeiro (2007), esta metodologia apresentou bons resultados na aplicação aos dados brasileiros. Em linhas gerais, a metodologia consiste em buscar, no universo de histórias de nascimentos completas, aquela que mais se aproxima da história de nascimentos parcial, com base na comparação de algumas variáveis. A história de nascimentos completa que possui a maior associação com a história de nascimentos parcial determina as variáveis que são imputadas na história de nascimentos incompleta, de modo a torná-la completa. O objetivo da aplicação da metodologia foi o de produzir bancos de dados de histórias de nascimentos completas para os dois países, por um período de 15 anos, anteriores à realização dos censos. Bancos de dados de histórias de nascimentos permitem o cálculo de uma série de indicadores que os dados censitários, da forma como se apresentam, não permitem calcular. Dentre esses indicadores, estão as funções de intensidades, essenciais para a aplicação do modelo K-O.

Para checar a qualidade dos bancos de dados das histórias de nascimentos, as séries de TFT geradas pelas histórias de nascimentos foram comparadas a outras séries de TFT. Para o Brasil, utilizou-se a série de TFT gerada pela aplicação do Método dos Filhos Próprios (MFP),[5] apresentada em Miranda-Ribeiro (2007). Para o México, utilizou-se a série de TFT disponibilizada pelo CONAPO (2000). Embora a metodologia de reconstrução de histórias de nascimentos não tenha como objetivo principal a construção de séries de TFT, a determinação destas séries deve ser o primeiro passo para a definição da qualidade dos dados. Se as TFT produzidas pelas histórias de nascimentos estiverem próximas dos valores esperados, é maior a chance de que outras medidas que as histórias de nascimentos permitem calcular também estejam. Os Gráfico 2 e 3 e a Tabela 1 mostram os resultados da comparação das séries para Brasil e México.

O Gráfico 2 apresenta as séries de TFT geradas para o Brasil. Observa-se que as curvas HNM e MFP são sobrepostas durante todo o período, o que indica que a metodologia HNM foi eficiente na reconstrução das histórias de nascimentos das mulheres enumeradas no censo. Ser eficiente, neste caso, significa ter recuperado satisfatoriamente os filhos faltantes. Um teste estatístico mostrou que a diferença entre as médias das curvas não é estatisticamente significante. Utilizou-se o teste-t de Student, que compara médias de amostras independentes, com nível de significância de 5%.

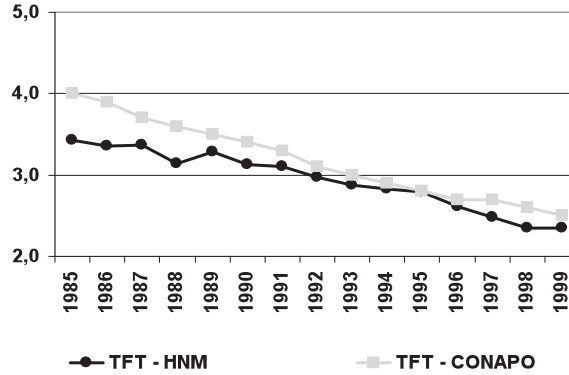
O Gráfico 3 mostra os resultados para o México. Neste caso, observa-se que as curvas não concordam tão bem quanto no caso brasileiro, principalmente até 1988, quando a diferença das TFT chega a 0,5 filhos. A diferença é maior no início da série e, a partir de 1989, os resultados são satisfatórios. Do mesmo modo que ocorre para os resultados do Brasil, o teste-t de Student mostrou que a diferença entre as médias das curvas HNM-CONAPO não é estatisticamente significante, o que valida a aplicação da metodologia para os dados mexicanos.

Gráfico 2
Brasil, 1986-2000: séries históricas de TFT geradas pela aplicação da HNM e do MFP.



Fonte: IBGE, Brasil: Censo Demográfico, 2000.

Gráfico 3
México, 1985-1999: séries históricas de TFT gerada pela aplicação da HNM e do CONAPO.



Fontes: Consejo Nacional de Población, México.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

A Tabela 1 apresenta os valores das TFT para os 15 anos anteriores aos Censos Demográficos de Brasil e México. Para o Brasil, considera-se que os nascimentos ocorridos nos 12 meses anteriores ao Censo ocorreram durante o ano 2000 e, para o México, considera-se que esses nasci-

mentos ocorreram em 1999. Daí decorre a diferença temporal no início e final das séries.

Tabela 1
Brasil e México, 1985-2000: séries históricas de TFT geradas pela HNM, MFP e disponibilizadas pelo CONAPO.

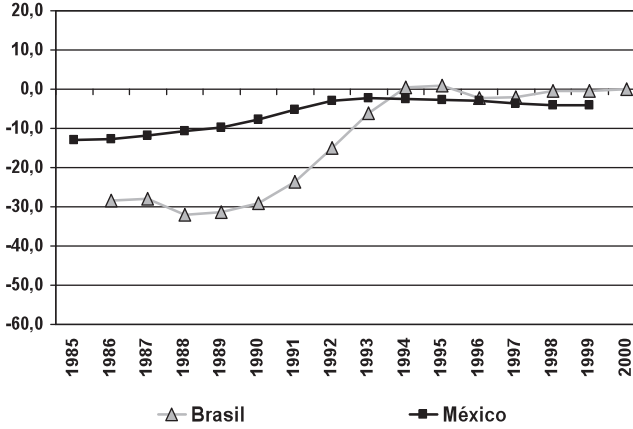
País / Período	Brasil		México	
	HNM	MFP	HNM	CONAPO
1985	-	-	3,42	4,00
1986	2,94	3,01	3,36	3,90
1987	2,83	2,92	3,37	3,70
1988	2,78	2,85	3,14	3,60
1989	2,69	2,79	3,28	3,50
1990	2,60	2,71	3,13	3,40
1991	2,51	2,62	3,10	3,30
1992	2,63	2,64	2,97	3,10
1993	2,61	2,61	2,87	3,00
1994	2,55	2,58	2,83	2,90
1995	2,59	2,57	2,79	2,80
1996	2,47	2,54	2,61	2,70
1997	2,41	2,45	2,48	2,70
1998	2,33	2,37	2,34	2,60
1999	2,22	2,28	2,35	2,50
2000	2,20	2,21	-	-

*Fontes: * Consejo Nacional de Población, México.*
*** IBGE, Brasil: Censo Demográfico, 2000.*

Brasil e México: efeitos tempo, parturição e quantum.

Os resultados da aplicação do Modelo K-O aos dados de Brasil e México são apresentados nos Gráficos 4 a 7 e indicam que o comportamento do efeito parturição nos dois países, tanto na forma das curvas quanto no nível, é semelhante. O efeito tempo, embora um pouco diferenciado no início do período de análise, indica que os dois países se encontram na mesma fase da transição da fecundidade.

Gráfico 4
Brasil e México, 1985-2000: Efeito TEMPO (%) sobre a fecundidade.



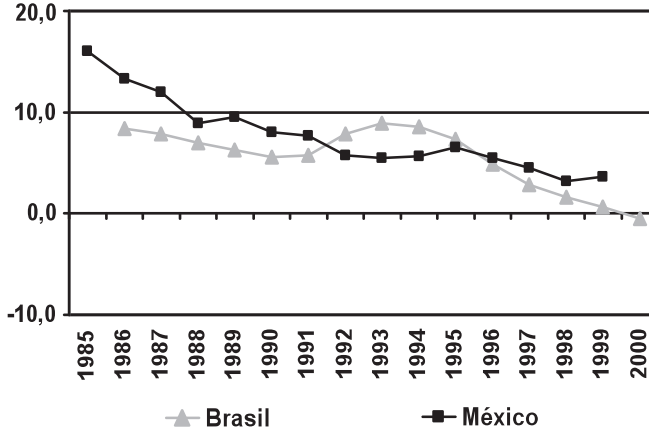
Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

O efeito tempo (Gráfico 4) no Brasil é negativo e decrescente até o início da década de 1990; a partir deste momento, ele é praticamente nulo. Para o México, o efeito tempo é também negativo e decrescente até início da década de 1990 e bastante baixo (ainda negativo), abaixo de 5%, a partir de 1993. Efeito tempo negativo contribui para um aumento na $TFT_{OBSERVADA}$. Isso implica que, não fossem as mudanças na idade média da fecundidade (no caso de Brasil e México, queda da idade média da fecundidade) a $TFT_{OBSERVADA}$ seria menor. Em outras palavras, sob efeito tempo negativo, a $TFT_{OBSERVADA}$ está inflada por um volume de nascimentos decorrentes do adiantamento da idade de ter filhos. Os valores do efeito tempo mostrados no Gráfico 4 podem ser interpretados, também, como a proporção de nascimentos a mais (no caso de efeito tempo negativo) observados na população no ano em questão. Por exemplo, no Brasil, em 1990, houve cerca de 30% de nascimentos "extras", enquanto no México a proporção foi de cerca de 9%. Ao final do período de análise, o efeito tempo nulo no Brasil indica que as mulheres não estão adiantando e nem adiando o nascimento de seus filhos, ou seja, não está sendo observada uma mudança na idade média da fecundidade. No México, o valor do efeito tempo indica que ainda ocorrem "nascimentos extras", cerca de 5%. A interpretação para o efeito tempo positivo é oposta à do efeito tempo negativo.

O efeito parturição (Gráfico 5) é positivo e decrescente durante o período de análise, tanto para o Brasil quanto para o México (exceto para

o Brasil em 2000). A interpretação do efeito parturição sobre a $TFT_{OBSERVADA}$ é oposta à do efeito tempo. Isso significa que um efeito parturição positivo contribui para um aumento da $TFT_{OBSERVADA}$. O efeito parturição mostrado no gráfico também pode ser interpretado como uma proporção de nascimentos a mais, ocorridos durante o ano. Assim, em 1996, cerca de 5% de nascimentos "extras" inflaram a fecundidade naquele ano nos dois países. No Brasil, ao final do período, o efeito parturição é praticamente nulo, ao passo que no México mantém-se em torno de 4%.

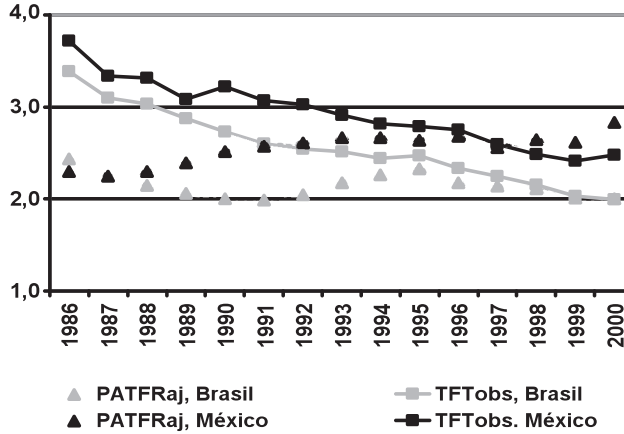
Gráfico 5
Brasil e México, 1985-2000: Efeito PARTURIÇÃO (%) sobre a fecundidade



Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

Conforme mostrado nos Gráficos 4 e 5, os efeitos tempo e parturição no Brasil e no México atuaram no mesmo sentido (ou seja, contribuíram para um aumento da $TFT_{OBSERVADA}$) durante praticamente todo o período de análise. Na composição de uma medida de fecundidade livre dos efeitos tempo e parturição – a $PATFR_{AJUSTADA}$ –, um efeito reforçou o outro, resultando em uma diferença entre as duas medidas maior no início e decrescente ao longo do período de análise, conforme mostra o Gráfico 6. Para o Brasil, a partir de meados da década de 1990 a $TFT_{OBSERVADA}$ é praticamente igual à $PATFR_{AJUSTADA}$, porque os dois efeitos são praticamente nulos. Para o México, ao final do período de análise ainda é possível observar uma diferença entre a medida observada e a medida de quantum pura devida, principalmente, ao efeito parturição.

Gráfico 6
Brasil e México, 1985-2000: $PATFR_{AJUSTADA}$ e $TFT_{OBSERVADA}$

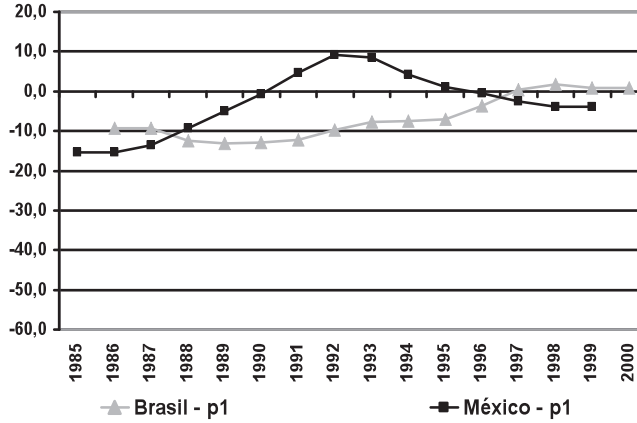


Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

Os Gráfico 4 e 5 mostraram os efeitos tempo e parturição para todas as ordens de nascimento. Apesar de fornecerem um panorama geral desses efeitos, eles não permitem análises mais aprofundadas, porque estão enviesadas pelo que ocorre nas diversas ordens de nascimento. A chave para essa questão reside na análise desses efeitos segundo a ordem de nascimento e, em contextos de baixa fecundidade, segundo as primeiras ordens de nascimento. Os Gráfico 7 a 10 mostram os resultados dos efeitos tempo e parturição no Brasil e no México, para a primeira e segunda ordens de nascimento.

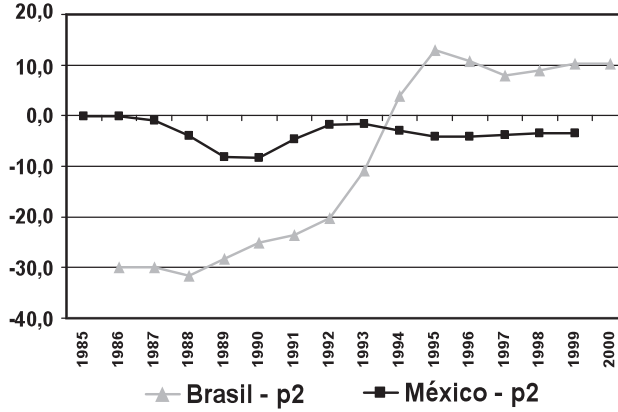
O efeito tempo da primeira ordem de nascimento (Gráfico 7) no Brasil tem duas fases de estabilidade, a primeira no início da série, próxima de 10% e outra no final da série, em torno de zero. O fato de este efeito ser negativo durante grande parte do período indica que as mulheres brasileiras, no geral, adiantaram o nascimento do primeiro filho. Ao final do período, o efeito nulo indica que não está havendo mudanças na idade média do nascimento do primeiro filho. No México, o efeito tempo é negativo e decrescente entre 1986 e 1990, passa a ser positivo entre 1991 e 1995 e volta a ser negativo (e baixo) a partir de 1996. O efeito tempo positivo entre 1991 e 1995 indica um período de postergação do nascimento do primeiro filho no México, tendência não confirmada nos anos seguintes.

Gráfico 7
Brasil e México, 1985-2000: Efeito TEMPO (%) sobre a fecundidade – primeiro filho.



Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

Gráfico 8
Brasil e México, 1985-2000: Efeito TEMPO (%) sobre a fecundidade – segundo filho.

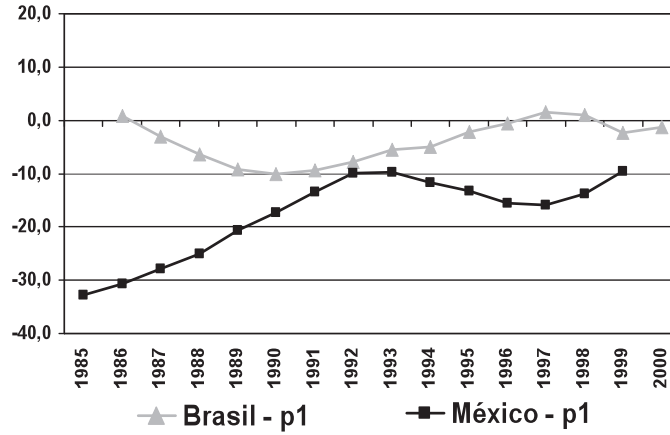


Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

O Gráfico. 8 mostra um comportamento diferente do efeito tempo para o segundo filho. No Brasil, o efeito é negativo e decrescente até 1993,

indicando que nesse período as mulheres adiantaram o nascimento do segundo filho. A partir de 1994, esse efeito passou a ser positivo e, entre 1995 e 2000, praticamente constante, em torno de 10%. Isso significa um adiamento no nascimento do segundo filho ou, em outras palavras, que aproximadamente 10% de filhos de segunda ordem deixaram de nascer nestes anos devido ao efeito tempo. No México, o efeito tempo da segunda ordem de nascimento foi negativo e pequeno durante o período de análise, apresentando uma oscilação entre 1988 e 1991. Durante a segunda metade da década de 1990, as mulheres mexicanas tiveram, a cada ano, cerca de 3% a mais de nascimentos de filhos de segunda ordem que teriam (não fosse o efeito tempo), devido ao adiantamento destes nascimentos.

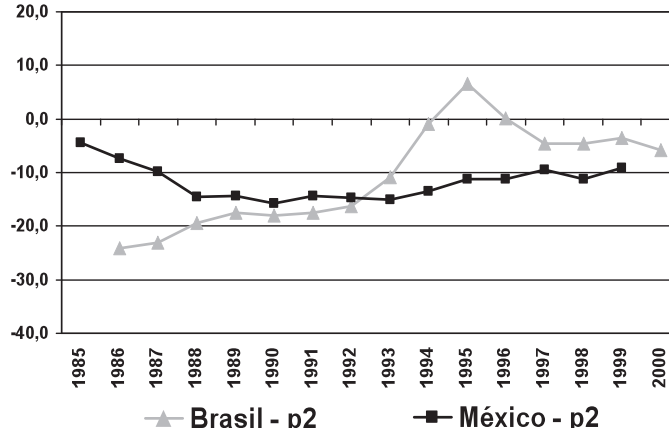
Gráfico 9
Brasil e México, 1985-2000: Efeito PARTURIÇÃO (%) sobre a fecundidade – primeiro filho.



Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

O Gráfico 9 apresenta o efeito parturição para a primeira ordem de nascimento. Para o México, este efeito foi negativo durante todo o período e, para o Brasil, foi nulo no primeiro ano da série e no final da década de 1990. Efeito parturição negativo indica que os nascimentos de primeira ordem contribuíram para uma queda da $TFT_{OBSERVADA}$. No Gráfico 10, o efeito parturição para a segunda ordem de nascimento é negativo durante todo o período de análise, para os dados do México. O mesmo ocorre no Brasil, exceto pelo valor do efeito parturição em 1995, positivo.

Gráfico 10
Brasil e México, 1985-2000: Efeito PARTURIÇÃO (%) sobre a fecundidade – segundo filho.



Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 2000.
IPUMS-International: Censo Demográfico do México, 2000.

Considerações finais

A aplicação do modelo K-O permite introduzir Brasil e México no atual debate sobre fecundidade abaixo do nível de reposição. Este debate tem sido amplamente colocado nos países desenvolvidos, nos quais a grande preocupação está relacionada aos baixos níveis de fecundidade e suas conseqüências para o crescimento e envelhecimento populacionais. Nestes lugares, o efeito tempo positivo indica que a fecundidade medida no período é menor devido ao fato de as mulheres postergarem o nascimento dos filhos. A grande questão é se esses nascimentos que não estão ocorrendo serão recuperados no futuro, ou não. É importante ressaltar que as medidas calculadas pelo modelo K-O são medidas de período e não devem ser interpretadas como comportamento futuro das coortes.

Os casos de Brasil México são interessantes no cenário internacional, porque a transição da fecundidade para baixos níveis foi relativamente rápida e ocorreu sem a presença de um efeito tempo positivo, como nos países desenvolvidos. Ao contrário, os resultados indicam que o efeito tempo foi negativo durante parte e muito pequeno no final do período de análise. A conseqüência deste efeito foi um aumento das taxas de fecundidade observadas. Mesmo com esse incremento, Brasil e México chegam, ao final do período, com níveis de fecundidade baixos. É bastante provável que para alguns grupos específicos, a fecundidade esteja bem abaixo do nível de reposição e que as mulheres estejam postergando o

nascimento de seus filhos. A postergação do segundo nascimento e o efeito tempo nulo para o primeiro nascimento no Brasil, observados ao final da década de 1990, são indícios de que é um processo de postergação dos nascimentos pode vir a ocorrer no país em um futuro próximo. No México, esse processo é também provável, mas, se ocorrer, deve demorar mais que no Brasil, mesmo porque os níveis de fecundidade no México ainda são mais altos.

De acordo com Lesthaeghe e Willems (1999), há três fases distintas na transição da fecundidade. A primeira fase é caracterizada por um declínio da fecundidade em todas as idades e ordens de nascimento, sem postergação da fecundidade; nesta fase, o quantum é o efeito dominante. Na segunda fase, ganhos em educação e aumento da participação feminina no mercado de trabalho, mudança de comportamento e aumento da instabilidade das uniões, dentre outros fatores, levam ao processo de postergação da fecundidade; nesta fase, o efeito tempo é o dominante. Na terceira fase, a postergação cessa, mas a recuperação da fecundidade nas idades mais avançadas não seria completa; nesta fase, o efeito quantum, novamente, se tornaria dominante. O Brasil e o México, como mostraram os resultados, se situam na primeira fase da transição da fecundidade, onde predomina a queda generalizada dos níveis de fecundidade (efeito *quantum*). A questão que se coloca é se os dois países entrarão – e se entrarem, quando – na segunda fase da transição da fecundidade.

Apesar dos indícios de que Brasil e México devam entrar no processo de postergação do nascimento dos filhos, há a necessidade da realização de estudos desagregados segundo características demográficas e socioeconômicas, como educação e cor/raça, por exemplo, para se chegar a inferências mais concretas sobre o futuro da fecundidade. Os resultados apresentados referem-se ao total da população e, sabe-se, Brasil e México possuem populações heterogêneas no que concerne a características sociais e econômicas. Os bancos de dados utilizados neste trabalho, por serem derivados de censos demográficos, permitem estudos desagregados segundo uma série de características. A representatividade é garantida pelo tamanho e características das amostras e a possibilidade de desagregação é garantida pelo grande número de variáveis que contêm. Neste sentido, coloca-se a importância do desenvolvimento e da aplicação da metodologia de reconstrução de histórias de nascimentos a partir de dados censitários como uma alternativa e um instrumento de avanço nos estudos sobre fecundidade. O projeto IPUMS disponibiliza amostras de microdados censitários de uma série de países, o que representa a oportunidade de testar e aprimorar a metodologia HNM, a partir da sua aplicação a dados de outros países, inclusive aqueles que contam com registros de nascimentos de boa qualidade.

Notas

[1] Fundação João Pinheiro/MG (adriana.ribeiro@fjp.mg.gov.br)
[2] Departamento de Demografia e do Cedeplar/UFMG, eduardo@cedeplar.ufmg.br.
[3] Universidad de Salamanca, Espanha, jaortega@usal.es.
[4] Os microdados do México foram obtidos junto ao IPUMS-International - Integrated Public Use Microdata Series (www.ipums.umn.edu).
[5] O Método dos Filhos Próprios estima a taxa de fecundidade total para um período anterior ao censo ou pesquisa utilizado na sua aplicação, pela projeção retrospectiva de crianças e mulheres enumeradas no censo ou pesquisa. A partir de um procedimento de alocação de filhos às mães, baseado na relação do morador com o chefe do domicílio/família, é criada uma tabela de dupla entrada, que cruza idades de mães e seus filhos alocados (ou filhos próprios, daí a denominação do método). Crianças não alocadas são distribuídas proporcionalmente, segundo sua idade e a idade dos filhos próprios das mulheres. A projeção retrospectiva das crianças, segundo sua idade e a idade da mãe na data do censo, determina o número de nascimentos nos anos anteriores segundo a idade das mães; seguindo a mesma lógica, a projeção retrospectiva das mulheres, segundo sua idade na data do censo, determina o número de mulheres, por idade, nos anos anteriores ao censo ou pesquisa. Assim, calculam-se as taxas de fecundidade específicas por idade e as taxas de fecundidade total.

Bibliografía

BONGAARTS, J, Feeney, G 1998, 'On the quantum and tempo of fertility', *Population and Development Review*, vol. 2, no. 24, pp. 271-291.

BRASS, W 1991 'Cohort and time period measures of quantum fertility: Concepts and methodology', pp. 455-476, in H A Becker (ed), Life histories and generations, University of Utrecht, ISOR.

CONSEJO NACIONAL DE POPULACIÓN (CONAPO) 2000, 'Cuadernos de salud reproductiva: República Mexicana', viewed 11 November 2008, http://www.conapo.gob.mx/ publicaciones/CuaSalud/pdf/1Republica.pdf.

FOSTER, AD 1990, 'Cohort analysis and demographic translation: a comparative study of recent trends in age specific fertility rates from Europe and North America', Population Studies, vol. 44, no. 2, pp. 287-315.

KEILMAN, N 1994, 'Translation formulae for non-repeatable events', Population Studies, vol. 48, no. 2, pp. 341-357.

KEILMAN, N 2001, 'La translation démographique: des indicateurs du moment aux indicateurs de génération et réciproquement', pp. 359-378, in Caselli, G, Valli, J, Wunsch, G (eds), Démographie: Analyse et Synthèse: vol 1, La Dynamique des Populations, Paris, Institut National d'Etudes Démographiques.

KÖHLER, H-P, Ortega, JA 2002, 'Tempo-Adjusted Period Parity Progression Measures, Fertility Postponement and Completed Cohort Fertility', Demographic Research, vol.6, no.6, pp. 91-144.

KÖHLER, H-P, Philipov, D (2001) 'Variance effects in the Bongaarts-Feeney formula', Demography, vol. 1, no. 38(1), pp. 1-16.

MINNESOTA POPULATION CENTER 2008, 'Integrated Public Use Microdata Series — International: Version 4.0', Minneapolis, University of Minnesota.

MIRANDA-RIBEIRO, A 2007, 'Reconstrução de Histórias de Nascimentos a partir de Dados Censitários: aspectos teóricos e evidências empíricas'. PhD Dissertation, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, viewed 11 November 2008, http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2007/ Adriana_Miranda_Ribeiro.pdf.

MIRANDA-RIBEIRO, A, Rios-Neto, ELG 2006, 'Reconstructing Brazilian birth histories based on census data: a comparative analysis of two methodologies', paper presented at the 2006 Population Association of America Annual Meeting, 30 March – 1 April, viewed 11 November 2008, http://paa2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId =61585.

MORTARA, G 1954, 'On the measurement of fertility in populations lacking reliable birth registration', pp. 393-404, In Proceedings of the World Population Conference, vol. IV, New York, United Nations.

ORTEGA, J A, H-P Köhler 2002, 'Measuring low fertility: rethinking demographic methods', Working Paper #2002-001, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany, viewed 11 November 2008, http://www.demogr.mpg.de/papers/ working/wp-2002-001.pdf.

RYDER, NB 1964, 'The process of demographic translation'. Demography, vol. 1, no. 1, pp. 74-82.

RYDER, NB 1980, 'Components of temporal variations in American fertility', pp. 15-54, in Hiorns, RW (Ed.) Demographic patterns in developed societies, London, Taylor and Francis.

SILVA, VC, Miranda-Ribeiro, A, Rios-Neto, ELG. 'A period decomposition of fertility decline in Brazil: pure fertility index, tempo and parity composition effect', paper presented at the XXV General Population Conference of International Union for the Scientific Study of Population, 18-23 July, viewed 11 November 2008, http://iussp2005.princeton.edu/download. aspx?submissionId=52374.

VAN IMHOFf, E, Keilman, N 2000, 'On the Quantum and Tempo of Fertility: comment', Population and Development Review, vol. 3, no. 26, pp.549-553.

MUDANÇAS RECENTES NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL E NA COLÔMBIA – COM ESPECIAL MENÇÃO À ESTERILIZAÇÃO FEMININA E MASCULINA

Flávia Alfenas Amorim[1]
Suzana Cavenaghi[1]
José Eustáquio Diniz Alves[1]

Introdução

O Brasil é o primeiro e a Colômbia é o terceiro país mais populoso da América Latina. Ambos vêm passando por um processo de transição da fecundidade bastante acentuado nas últimas décadas. O Brasil, apesar de que em 1986 tinha nível de fecundidade maior que a Colômbia, chega na atualidade com uma taxa muito inferior. Atualmente, no Brasil a taxa de fecundidade está bem abaixo do nível de reposição e a Colômbia ainda não chegou neste nível. São vários os determinantes sociais, econômicos e culturais que explicam este processo de transição. Em termos de determinantes próximos da queda da fecundidade, a contracepção tem um papel importante como forma de terminação da parturição nestes países, com algumas diferenças notáveis com relação ao tipo de métodos mais prevalentes, mas com alta prevalência de esterilização feminina em ambos os países.

Nos últimos anos o uso de métodos masculinos, especialmente vasectomia, vem apresentando crescimento nos dois países. Na Colômbia a porcentagem de vasectomias ainda é muito reduzida, comparada à prevalência dos demais métodos, mas este procedimento vem ganhando algum destaque entre os métodos selecionados, mas o maior aumento fica por conta da esterilização feminina que já apresentava alta prevalência. No Brasil o aumento no uso da vasectomia chamou atenção, aliado a uma re-

dução da laqueadura, assim como o aumento no uso do condom entre a população mais jovem (Perpétuo 2008).

A forma de organização do sistema de saúde pública e a atuação de organizações não governamentais ligadas à prestação de serviços de planejamento familiar estão presentes nestes países, mas com formas de atuação que foram se diversificando ao longo dos anos. Em termos de legislações nestas áreas estes países também têm algumas similaridades que podem explicar os tipos e as proporções de métodos utilizados e, conseqüentemente, dar indicações no sentido de compreender os níveis e padrões da fecundidade atual nestes países.

O objetivo deste trabalho é traçar um breve panorama do declínio da fecundidade, da evolução da distribuição e uso de métodos contraceptivos na Brasil e na Colômbia. Buscamos reconhecer os processos similares e aqueles divergentes pelo qual passaram estes países, e compreender como estes processos acabaram por determinar o padrão e os níveis de contracepção e, conseqüentemente, os níveis atuais da fecundidade nestes países. Buscamos ainda alguns elementos para entender o crescente aumento de métodos contraceptivos masculinos, em especial a esterilização voluntária, e levantar algumas hipóteses sobre os rumos futuros da contracepção nestes países. Partimos de uma breve análise da fecundidade, apontando para os fatores indicados na literatura como explicativos desta queda. Em seguida, por ser a contracepção um dos determinantes próximos que permitiram o declínio da fecundidade, destacamos as características de normatização e leis em torno do planejamento familiar nestes países. As mudanças no *mix* de métodos utilizados no Brasil e na Colômbia são analisadas desde 1986 e, finalmente, apresentamos um perfil com características socioeconômicas e demográficas, dos usuários de métodos para o período mais recente.

Método e dados

Buscaremos traçar o perfil dos usuários de esterilização voluntária no Brasil e na Colômbia a partir de uma análise descritiva bivariada, utilizando as variáveis sócio-demográficas disponíveis nas pesquisas de Demografia e Saúde realizadas nestes países e seus cruzamentos com os tipos de métodos contraceptivos utilizados na data da pesquisa.

Como parte do foco do trabalho está na comparação do perfil das mulheres que mencionam os procedimentos de esterilização masculina e feminina como método contraceptivo e, tendo em vista o elevado número desses procedimentos entre mulheres unidas, a população de interesse para o presente trabalho constitui-se justamente deste grupo. A maior prevalência da esterilização (masculina e feminina) entre mulheres em união pode ser explicada tendo-se em vista que, dado o caráter irreversível da esterilização, optam por ela com maior freqüência, homens e mulheres

cujo número desejado de filhos já foi alcançado e que, em alguns casos, vivenciaram a experiência de uma gravidez indesejada.

Dados

As fontes de dados utilizadas para a elaboração do trabalho foram as pesquisas sobre Demografia e Saúde realizadas no Brasil (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS) de 1986, 1996 e 2006 e na Colômbia (*Encuesta Nacional de Demografia y Salud* - ENDS) de 1986, 1995 e 2005. Estas pesquisas vêm sendo realizadas em diversos países desde 1984 e fornecem informações sobre os mais variados aspectos da vida sexual e reprodutiva das mulheres, de seus cônjuges/companheiros, além de dados sobre a saúde de seus filhos e informações socioeconômicas, demográficas e culturais da população de interesse. Para realização deste trabalho as informações mais relevantes foram aquelas referentes às características socioeconômicas e demográficas das mulheres e de seus cônjuges/companheiros, bem como as relacionadas aos métodos contraceptivos utilizados no momento da pesquisa. O Quadro 1 mostra o detalhamento das categorias disponíveis para as variáveis utilizadas no trabalho e a descrição de cada uma delas.

No Brasil a primeira pesquisa foi realizada em 1986 (Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Família - PNSMIPF). Desde então, três outras pesquisas foram levadas a cabo. Uma em 1991, realizada especificamente na região do Nordeste. A terceira em 1996, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, contou com questionários destinados não só as mulheres, mas também com questionários aplicados aos homens. A mais recente das pesquisas realizadas no Brasil ocorreu em 2006. Na Colômbia, mais de pesquisas do tipo DHS foram realizadas a partir dos anos 1980 e o país participou das pesquisas da *World Fertility Survey*, ainda na década de 70. As pesquisas tipo DHS ocorreram em 1986, 1990, 1995, 2000 e 2005.

A análise mais detalhada do perfil das mulheres segundo o uso atual de métodos contraceptivos, neste trabalho, é realizada utilizando-se os dados das pesquisas mais recentes nestes países. As variáveis utilizadas são: idade (da mulher e de seu cônjuge/companheiro), número de filhos, método contraceptivo atual, anos de estudo/grau de instrução (da mulher e de seu cônjuge/companheiro) e cor/raça (no caso da pesquisa brasileira). As categorias utilizadas foram agrupadas de forma a permitir comparação entre os dois países. As variáveis, suas categorias e o agrupamento utilizado se encontra no quadro em anexo.

Antecedentes

Estudos da Divisão de População das Nações Unidas mostram que o processo de queda da fecundidade tem se aprofundado em todas as regiões do mundo. Embora ainda existam diferenciais elevados de fecundidade (alguns países mantém altas taxas de fecundidade, especialmente na África Subsaariana e em regiões muito pobres da Ásia), existe um processo de convergência para níveis historicamente baixos, quando consideramos as regiões desenvolvidas, as regiões em desenvolvimento e as regiões menos desenvolvidas. De acordo com Henning (2003),

> *"... en el año 2000 la gran mayoría de los países en desarrollo había experimentado un descenso sustancial de la fecundidad, pasando en muchos casos de entre 6 y 8 hijos por mujer a un nivel cercano a 3 hijos por mujer o menos. Así, durante 1950- 2000 el número de países con una tasa global de fecundidad superior a los 5 hijos por mujer disminuyó de 130 a 47, mientras que el número de países con una tasa de fecundidad igual o inferior a 2,1 hijos por mujer, aumentó de 5 a 63 países." (p. 30)*

Na América Latina e no Caribe o processo de convergência para baixos níveis de fecundidade é ainda mais evidente. Brasil e Colômbia são países onde a fecundidade era alta e passou por uma transição muito rápida, sendo que o primeiro já se encontra com níveis de fecundidade abaixo do nível de reposição. Schkolnik (2003) classifica os países da região segundo quatro etapas da transição, correspondentes ao período 1995-2000:

> *"Transición incipiente: Guatemala y Haití; transición moderada: Bolivia, Nicaragua, Honduras y Panamá; transición plena o en progreso: El Salvador, Perú, Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, México y Panamá; transición avanzada: Argentina, Chile, Uruguay y Brasil y transición muy avanzada: Cuba." (p. 34)*

A Colômbia foi classificada como país em transição plena ou em progresso e o Brasil como país em transição avançada. Contudo, se a mesma classificação fosse feita com os dados de 2005 e 2006, ambos os países teriam dado um passo à frente, ou seja, atualmente podemos classificar a Colômbia como transição avançada e o Brasil como em transição muito avançada. A continuada queda da fecundidade no Brasil pode ser definida como espetacular, pois o país mais populoso da América Latina é o que apresenta o segundo menor número médio de filhos por mulher. Passou a Argentina, Uruguai e o Chile, só tendo à frente Cuba, cuja TFT é de 1,5 filhos por mulher (Armas 2008).

Nestes países analisados, as mulheres com curso superior tinham fecundidade abaixo do nível de reposição desde os anos 90. No entanto,

para que a taxa de fecundidade total ficasse abaixo do nível de reposição no Brasil, - queda de 2,5 filhos para 1,8 filhos por mulher entre 1996 e 2006 - foi preciso que aqueles setores que estavam mais atrasados e que apresentavam fecundidade mais elevada acelerassem sua queda. Os dados mostram que foi no meio rural, nas regiões Norte e Nordeste e entre a população mais pobre, onde a queda da fecundidade foram maiores. Houve também no Brasil um processo de mobilidade social dos estratos menos privilegiados, confirmando aquilo que sugeriu Chackiel e Schkolnik (2003):

> *"Los cambios en el comportamiento de las variables demográficas de un país son el resultado, en consecuencia, de lo que ocurre dentro de cada sector y, al mismo tiempo, se ven afectados por la transferencia de personas entre diferentes sectores, es decir por la movilidad social. Así, por ejemplo, en tanto exista movilidad ascendente, con un porcentaje mayor de población con comportamientos propios de sectores medios y altos, se lograrán avances en la transición, sin que ello implique necesariamente cambios de conductas dentro de cada uno de los grupos sociales. Sin embargo, el peso relativo de estos dos factores ha estado cambiando. Dado que los cambios demográficos han estado ligados, en parte importante, a las conductas de los mencionados estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén ligadas fundamentalmente a lo que ocurra en los grupos más rezagados en la transición." (p.52).*

No Brasil, a discussão sobre a queda da fecundidade tem uma rica literatura que, de modo geral, explica a redução do tamanho das famílias por dois conjuntos de fatores: a) aqueles ligados à estrutura econômica (urbanização, industrialização, monetarização, assalariamento, participação da mulher no mercado de trabalho, aumento e diversificação do consumo, etc.); b) fatores ligados às transformações institucionais e das políticas públicas (secularização, difusão, educação, saúde, previdência, telecomunicações, mudanças nas relações de gênero, etc.). Diversas abordagens explicam a queda na fecundidade no Brasil (Carvalho, Paiva e Sawyer 1981, Merrick e Berquó 1983, Faria 1989, Alves 1994, Martine 1996). Estudos recentes sobre mensuração dos fatores que estão associados à queda da fecundidade no Brasil, a partir de análise espaço-temporal, mostram a força dos determinantes sócio-econômicos, mas discutem o papel da inovação e difusão de comportamentos neste processo (Potter, Schmertmann e Cavenaghi 2002, Schmertmann, Potter e Cavenaghi 2008). Os dados atuais sobre fecundidade confirmam a continuidade de queda, mas não sabemos, entretanto, se essa queda apresentada na PNDS-2006 vai ser manter, estabilizar ou mesmo voltar a subir. Em termos teóricos, existe uma expectativa que a fecundidade continue declinando, pois o número de filhos das mulheres apresenta uma tendência de queda na medida em que cresce a mobilidade social.

Os estudos sobre os determinantes da queda da fecundidade na Colômbia apontam para explicações que vão na mesma linha das teorias gerais da modernização, urbanização e industrialização, onde a inserção das mulheres no mercado de trabalho e seu melhor acesso à educação são fatores que explicam o declínio da fecundidade (Ordóñez 1999, Florez 2000). Em primeiro lugar, o declínio da mortalidade e um aumento na nucpcialidade, como mostrado em Zamudio e Rubiano (1991) deram as condições iniciais para o declínio da fecundidade. No entanto, nota-se claramente que a literatura Colombiana coloca a implementação dos programas de planejamento familiar como um dos fatores responsáveis pela queda da fecundidade (Florez 2000, Ordóñez e Rocío 2002, Cadavid-Zuleta 2004). É interessante observar que essa discussão se deu em toda América Latina, onde se buscava entender se existiam fatores sócio-econômicos e culturais que faziam com que as mulheres (ou os casais) desejassem menos filhos ou se os programas de planejamento familiar foram responsáveis por criar uma demanda antes inexistente por regulação da fecundidade. Os programas de planejamento familiar e a disponibilização dos métodos contraceptivos foram com certeza fatores que possibilitaram a queda da fecundidade, mas os diferenciais atuais nas taxas de fecundidade e o acesso diferencial à contracepção por níveis sócio-econômicos, aliados aos dados de necessidades insatisfeitas de contracepção entre os grupos mais pobres, não permitem que este tipo de dúvida ainda exista. O planejamento familiar é um direito de todos e não deve ser pensado ou negado à população, independente de status social ou idade, por ser um possível mecanismo de controle da fecundidade e, por conseqüência, controle do crescimento populacional.

Vários fatores estruturais, institucionais e individuais explicam a queda da fecundidade, e sem dúvida, o que possibilitou a adoção de um padrão familiar de poucos filhos foi o aumento do uso de contraceptivos, especialmente os métodos modernos nos dois países analisados. No Brasil, a prevalência era de 66,2% em 1986 e chegou a 80,6% em 2006. Já na Colômbia, em 1986 a prevalência era de 64,8% e passou para 78,2% em 2005. No entanto, não devemos nos esquecer do papel da interrupção da gravidez não planejada, por falta ou falha no uso de métodos contraceptivos, amplamente citado na literatura, de ambos os países, e que apesar da dificuldade de mensuração é reconhecidamente um problema grave de saúde pública (Martine 1996, Florez 2005, Florez e Soto 2006).

Na seção seguinte fazemos uma breve descrição das tendências da fecundidade nestes países, quanto ao nível e ao padrão por idade, para em seguida analisarmos as prevalências contraceptivas.

Os níveis e padrões da fecundidade no Brasil e na Colômbia

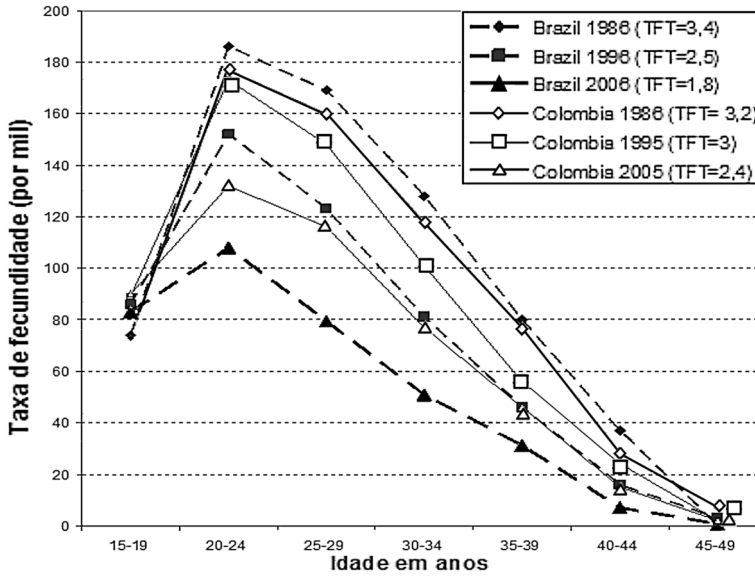
As pesquisas da DHS mais recentes apontam para tendências importantes na dinâmica da fecundidade na América Latina, como continuação na queda da fecundidade, mesmo após níveis baixos. O Brasil passou de uma taxa de fecundidade total de mais de 6 filhos por mulher em 1960 para 3,4 filhos em 1986 e chegou a 1,8 filho em 2006. Na Colômbia a taxa que era de, aproximadamente, 7 filhos por mulher em 1960 passou para 3,2 filhos em 1986 chegando a 2,4 filhos em 2005. A fecundidade caiu mais rapidamente na Colômbia até os anos 80, mas a partir daí as taxas brasileiras aceleraram o ritmo de queda. Ambos os países partem de um patamar acima de três nascimentos por mulher, em 1986, com o Brasil apresentando maior taxa, contudo, em 1996 se inverte a situação (Brasil com 2,5 e Colômbia com 3,0 filhos por mulher) e esta tendência permanece nos anos atuais, deixando a Colômbia acima do nível de reposição e o Brasil já bem abaixo.

As taxas de fecundidade específicas por idade apresentam distribuição bastante semelhante, destacando desde 1986 uma fecundidade mais concentrada nas idades mais jovens, nos dois países. Ao longo dos anos o rejuvenescimento se acentua, com quedas nas taxas para mulheres em idades mais avançadas no período reprodutivo, inclusive com queda bastante forte para as mulheres de 20-24 anos no Brasil. O único grupo que mantém o nível e até apresenta aumentos na década de 90 é o grupo de 15-19 anos, em ambos os países. Interessante observar que na Colômbia a queda da fecundidade entre 1986 e 1995, além de pequena, se dá somente nos grupos de 25 anos ou mais. No período seguinte, o grupo de 20-24 apresenta uma queda bastante forte e é a maior comparada com os demais grupos etários. De uma certa forma, pareceria que a queda acentuada ocorrida no Brasil de 86 a 96 ficou "represada" na Colômbia, mas na década seguinte a Colômbia intensifica esta queda, contudo, apenas chega nos níveis do Brasil de 10 anos antes, com exceção do grupo de 20-24 anos. Isto se dá, pois o Brasil continuou com a tendência acentuada de queda neste último período, com exceção para as jovens e adolescentes, que apresentam taxas estáveis comparadas a 1996.

É preciso notar que a queda da fecundidade se deu no Brasil sem uma política explícita do governo para reduzir o número de filhos. A oferta de meios contraceptivos ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, especialmente, via mercado, o que excluiu amplas parcelas da sociedade que não tinham dinheiro para comprar os métodos modernos disponíveis. Somente com o lançamento do Programa de Assistência à Saúde Integral de Mulher - PAISM - em 1983 e com a Lei do Planejamento Familiar, em 1996, é que o Brasil passou a incorporar os direitos reprodutivos nas políticas de saúde (Alves 2006). Na Colômbia, também a falta de uma política de planejamento familiar por parte do governo, implicou na ação de clínicas

particulares com o objetivo de preencher tal lacuna. Dentre estas podemos citar a Profamilia[2] - *Asociación Pro-bienestar de la Familia*, uma entidade privada de planejamento familiar que teve, e tem até hoje, participação significativa nessa área. Esta atua inclusive como um dos órgãos financiadores da ENDS. De acordo com Viveros (1998: 98) "*La escasa cobertura que el Estado colombiano ha mantenido en este campo ha ocasionado que las acciones de Profamilia fueran, hasta hace pocos años, prácticamente las únicas que se registraran en el país.*"

Gráfico 1
Taxas de fecundidade total e específica, Brasil 1986, 1996 e 2006, Colômbia 1986, 1995 e 2005.



Fonte: Macro International Inc, Measure DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, Abril, 2008.

A ausência do Estado nas políticas de direitos à saúde reprodutiva e na implementação de programas de planejamento reprodutivo, além de causar parte dos diferenciais sócio-econômicos nos níveis de fecundidade, ainda observado na maioria dos países da América Latina, também pode ser contabilizada, em parte, como responsável pelo padrão jovem da fecundidade no Brasil e na Colômbia. O acesso à contracepção para jovens, até os dias atuais ainda é bastante ineficiente, apesar da reconhecida tendência à iniciação da prática sexual em idades cada vez mais jovens. Além da iniciação, a mudança no comportamento sexual mais livre, com maior

freqüência das práticas, coloca os jovens sob maior risco de gravidez não planejada. A dificuldade das instituições normativas e regulatórias em lidar com este comportamento, não criou os mecanismos necessários para dar aos jovens os meios necessários para exercer seus direitos sexuais livremente, sem o risco de uma gravidez indesejada. As taxas de fecundidade altas em jovens e adolescentes no Brasil e na Colômbia mostram somente uma parte muito pequena desta questão, pois são gravidezes que geraram nascidos vivos. A prática da interrupção voluntária da gravidez nestes dois países, somente permitidas recentemente em situações muito especiais, é um evento que, apesar de todos as dificuldades de medição e tabus envolvidos em sua discussão, deve ser realmente mensurado e analisado em conjunto com as taxas de fecundidade de jovens, principalmente em análises por diferenciais sócio-econômicos.

Aspectos da legislação sobre planejamento familiar e a prática da esterilização voluntária

Somente na Constituição Brasileira de 1988, o livre exercício do planejamento familiar passou a ser explicitamente reconhecido como direito dos casais e obrigação do Estado em fornecer os meios necessários para o cumprimento deste direito. Contudo, somente em 1996 este passou a ser regulamentado pela Lei 9.263. No momento da aprovação desta lei, foram vetados os artigos que permitiam a esterilização voluntária que, até então, era considerada como crime, com pena de reclusão de até dois anos, tanto pela Constituição anterior como pelo Código de Ética Médico. Os vetos foram retirados posteriormente, mas somente em 1997, com a Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS), a lei foi regulamentada e passou a ser realizada no SUS. Conforme argumentam Berquó e Cavenaghi (2003), três anos mais tarde, haveria uma mudança significativa na regulamentação da lei por meio da Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999, que definiu o que era o período do pós-parto já que a lei explicitava a realização da laqueadura tubária como proibida neste período. Pela portaria, definiu-se o período do parto ou aborto como o momento deste e até 42 dias depois. Assim, a esterilização cirúrgica em mulheres passou a ser proibida neste período, exceto em casos de comprovada necessidade. Como definido na Portaria, estas exceções eram os casos de cesarianas sucessivas[3] anteriores e casos de risco de vida pela exposição a outro ato cirúrgico.

Embora proibida por Lei, a esterilização, sobretudo a feminina, sempre foi uma prática presente tanto no sistema público de saúde brasileiro, quanto no privado. Tal prática era utilizada em larga escala como forma de regulação da fecundidade, tanto no sistema privado quanto público. No sistema público, por não haver autorização para o pagamento das cirurgias de laqueadura tubária, estas eram realizadas atreladas aos partos por cesariana, e, fora do parto, eram, muitas vezes, registradas

como outros procedimentos médicos (Berquó e Cavenaghi 2003). Ainda como nos relatam as autoras, a esterilização masculina era um caso totalmente à parte, regulamentado na prática do sistema de saúde, mas com baixíssima prevalência:

> *"Embora menos freqüente e proibida como prática de esterilização no Brasil, antes de 1997, a vasectomia já figurava como um procedimento pago pelo SUS desde 1992. O simples fato da existência do código para vasectomia antes de 1997 indica as contradições do sistema de saúde, o qual pagava pela vasectomia e não pela laqueadura tubária mesmo antes da legalização." (Berquó e Cavenaghi 2003: 449).*

A história da legislação do planejamento familiar na Colômbia na prática não é muito distinta daquela do Brasil, mas algumas características da implementação do planejamento familiares têm destaque especial. A Colômbia foi um dos primeiros países a implementar serviços de planejamento familiar, principalmente dirigido às populações mais pobres. Como o Estado sempre esteve ausente e não teve nenhuma política explicita de população, como no Brasil, os serviços de planejamento familiar oferecidos nas clínicas de planejamento familiar, onde o Profamilia é o maior, com até 70% do serviço oferecido (Ojeda et all 2006, Ordónez e Roccio 2002), era basicamente a única forma de obter serviços de contracepção gratuita no país. Em 1969, o governo instituiu o programa de saúde materno-infantil, similar ao que ocorreu no Brasil na década de 80, com ações específicas para o planejamento familiar, mas as ações de fato nunca se implementaram. Segundo Ojeda et al. (2006: 8):

> *"En términos generales, los diferentes gobiernos colombianos en los últimos 40 años han sido permisivos con los programas privados de planificación familiar, pero les ha faltado decisión y coraje, en el ofrecimiento directo de estos servicios, quizás por temor a confrontaciones con la iglesia católica".*

A lei de cobertura universal de assistência à saúde, sancionada pela República da Colômbia em 1993 (Lei 100), previa em seu texto acesso à saúde sexual e reprodutiva por meio de dois planos, a toda população coberta por estes. Um deles é voltado à Atenção Básica (PAB), onde se incluem ações de saúde pública e é de responsabilidade do Ministério de Proteção Social; e o outro plano, denominado de Plano Obrigatório de Saúde (POS), que oferece atenção à saúde em todos os níveis de complexidade a toda população, através dos regimes contributivos e subsidiados também devem oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, como mencionam os autores (Ojeda et al 2006) estes planos não necessariamente garantiram acesso ao planejamento familiar. Em anos mais

recentes, similarmente ao que ocorreu no Brasil, o Governo Colombiano divulgou uma Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva em 2003, com base nos preceitos colocados na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento do Cairo de 1994.

A esterilização voluntária feminina

Desde a aprovação da lei do planejamento familiar e do veto inicial para a esterilização voluntária até realmente serem ofertados no SUS os procedimentos preconizados na lei, se passaram vários anos. Em estudo realizado em 2000, para analisar as mudanças no comportamento com relação à prática da esterilização feminina e masculina, Berquó e Cavenaghi (2003: 441) afirmaram que "*Os resultados mostram que, por diferentes motivos, a lei mudou pouco a prática usual da esterilização e ainda não satisfaz os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil*". É certo que a Lei do Planejamento Familiar foi aprovada em 1996 e a regulamentação no SUS somente teve inicio em 1998, portanto, pouca mudança poderia ser observada dois anos depois da regulamentação, dada a complexidade do sistema de saúde e as falhas no acesso público para a atenção básica à saúde.

Adicionalmente, devemos ressaltar que após a regulamentação da lei, por meio de portarias do Ministério da Saúde, poucos hospitais se credenciaram para a realização destes procedimentos. Em outubro de 1999, existiam em todo o Brasil 135 hospitais que realizavam a laqueadura, espalhados em 94 municípios[4]. Estes hospitais estavam localizados em capitais e grandes centros urbanos. No início de 2007 o cenário tinha mudado e, conforme dados do SUS, existiam em janeiro de 2007, 1,395 estabelecimentos hospitalares credenciados para a realização da laqueadura e 873 para a vasectomia no Brasil. Obviamente, os serviços continuaram mais concentrados nos maiores centros urbanos, mas houve um espalhamento da oferta destes procedimentos em praticamente todos os estados brasileiros e, em todos estes, existia pelo menos um estabelecimento credenciado para realizar estes tipos de procedimentos hospitalares.

A esterilização cirúrgica na Colômbia não foi proibida por lei, ou por interpretação desta como aconteceu no Brasil. Na prática, no entanto, o acesso a este tipo de procedimento como método contraceptivo era de acesso restrito e disponível nas clínicas de planejamento familiar.

A esterilização voluntária masculina

Atualmente a vasectomia pode ser realizada não só por urologistas credenciados, mas também por outras especialidades médicas, além de ter a opção de ser realizada em unidades ambulatoriais[5]. No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) do SUS, apesar de captar somente

procedimentos realizados na área pública, é uma importante fonte de dados que permite captar o aumento no número de esterilizações entre homens. O registro da esterilização tem crescido no sistema público tanto para mulheres quanto para homens, após o progressivo credenciamento dos hospitais para este tipo de cirurgia, em decorrência da implementação da lei do planejamento familiar. Em 1999 foram registradas somente 324 vasectomias, passando para 21,924 em 2006. Somente para se ter uma idéia, no total, nestes mesmos anos, o número de laqueaduras registradas nos padrões da lei foram respectivamente, 2,533 e 50,343. No entanto, esta realidade nacional tem mudado em alguns locais, pois os dados do SUS apontam que a vasectomia é o procedimento mais realizado no Estado de Alagoas e Distrito Federal. Em São Paulo, os dados do setor público, somados ao da saúde suplementar, mostram que atualmente se realizam mais vasectomias mensalmente do que laqueaduras tubárias no Estado.

O número de vasectomias realizadas a cada ano na Colômbia estava em declínio até 1985, quando foram criadas as clínicas orientadas ao atendimento masculino em Bogotá e Medellín, segundo (Ojeda et al., 1998) "*aumentó considerablemente el número de esterilizaciones masculinas realizadas. Así, de 10,312 esterilizaciones masculinas realizadas entre 1970 y 1984, se pasó a 44.618 en 1993, de las cuales el 40% se realiza en Bogotá*" (1998: 98). Com relação à ação da Profamilia na Colômbia, devemos mencionar ainda, que esta entidade foi pioneira na adoção de um programa de vasectomia na América Latina e em 1970 e em 1973 a laqueadura esteve disponível em suas clínicas pela primeira vez. Após este período houve novamente uma diminuição das vasectomias realizadas nas clínicas do Profamilia, que foi retomada em períodos recentes, posteriores à ENDS de 2005, como registrado pela entidade. Até 2007 se registravam ao redor de 10 mil vasectomias e em 2008 passou para pouco mais de 16 mil. A informação era de que desde 2002 se realizavam mensalmente 100 vasectomias e passou para 250 a 300 por mês no ano de 2008. Com certeza esta prática deve aparecer nas próximas pesquisas da ENDS.

Cohen (1996), em trabalho que analisa a opção pela vasectomia e os programas nacionais de planejamento familiar na Ásia e América Latina, destaca o Brasil e a Colômbia como exemplos de países onde os programas de planejamento familiar dedicam atenção a participação masculina na contracepção. De acordo com a autora, os dois países se destacam entre os demais da região, devido à existência de programas não governamentais (cita o Profamilia na Colômbia e o Pro-pater no Brasil-SP) que atuam na promoção da saúde sexual e reprodutiva masculina, sendo que foram criadas até mesmo clínicas voltadas, exclusivamente[6], para o público masculino. De acordo com a autora, além dos procedimentos de esterilização masculina, nessas clínicas são oferecidos vários serviços sobre saúde reprodutiva, como tratamento para disfunção sexual e educação sexual para homens e suas companheiras (Cohen 1996: 15). Entretanto, a

autora diz que embora o Brasil e a Colômbia constituam casos diferenciados, os programas de planejamento familiar na América Latina, que tiveram inicio da década 1970, não consideravam a vasectomia como uma opção aceitável e ainda: "*These programs depended heavily on a model that incorporated family planning into maternal and child health services and therefore largely ignored men*" (p. 13). No entanto, efetivamente o Brasil e a Colômbia não tiveram caminho distintos dos demais países da América Latina no tocante à prevalência da vasectomia até poucos anos, mas estes podem estar tomando um caminho distinto nestes últimos anos.

Dada a ampla discussão existente sobre a esterilização feminina, as implicações da elevada utilização desta, os abusos nesta utilização e o estudo dos fatores sociais e econômicos que levam as mulheres a optar por tal método, no presente trabalho buscamos captar esta nova tendência de aumento, em geral, no uso de métodos de participação masculina e mais especificamente a elevação da esterilização entre os homens. A grande novidade que se percebe, já quase no final desta década, é a evolução do número de vasectomias realizadas, onde se observam mudanças até na linguagem, pois laqueadura não é mais sinônimo de esterilização voluntária e a vasectomia passa a fazer parte do cotidiano de muitos brasileiros e colombianos. As implicações nas relações de gênero e a forma como esta evolução vem se dando dentro dos marcos culturais desses países merecem atenção.

Tendências da contracepção no Brasil e na Colômbia segundo os dados da DHS

A Tabela 1 apresenta a prevalência na utilização dos diferentes métodos entre mulheres unidas para as pesquisas realizadas na Colômbia e no Brasil, cobrindo o período dos últimos 20 anos. O perfil de uso de métodos contraceptivos nos dois países em 1986 era semelhante, com alta porcentagem de usuárias de métodos modernos, com alta prevalência de esterilização e pílula e poucos métodos de participação masculina, mas com uma diferença fundamental que é a alta utilização de DIU na Colômbia, a qual é praticamente nula no Brasil. Esta ausência do DIU cedeu lugar à seleção de esterilização feminina e pílula pelas brasileiras. Ou seja, apesar do leque reduzido de opções, as colombianas sempre utilizaram um método moderno a mais que as brasileiras e a falta deste foi substituído pelo uso dos outros dois métodos modernos mais utilizados no Brasil. Este perfil observado há 20 anos continua sendo o mesmo até anos recentes, praticamente sem alteração no uso do DIU, mas com tendências distintas no uso de métodos hormonais, que crescem no Brasil e diminuem seu uso na Colômbia e diferentes tendências no uso da esterilização voluntária.

Podemos observar que a prevalência da esterilização feminina entre as mulheres casadas no Brasil teve um aumento relativo muito grande de 1986 a 1996 (passando de 26,8% para 40,1% dos métodos selecionados entre as mulheres), mas no período seguinte esta tem uma redução grande, voltando próximo do patamar de 1986 (com 29,1%). Na Colômbia a história é outra, a laqueadura apresenta seguido aumento desde 1986, de onde saiu de um nível de utilização mais baixo que o Brasil (18,8% em 1986) para um nível um pouco mais alto em 2005 (31,2%). A esterilização masculina, embora, com prevalência ainda reduzida diante de outros métodos, passa de 0,8% na PNDS de 1986 para 2,6% em 1996, chegando a 5,1% na última pesquisa realizada (2006). Na Colômbia os valores são ainda mais reduzidos, embora, uma tendência ascendente também possa ser observada. O número de vasectomias na Colômbia chega perto dos 2% de prevalência no último ano analisado.

Não somente a vasectomia, um dos poucos métodos totalmente masculinos vem aumentando, mas chama atenção o aumento no uso de preservativos nos dois países. Definitivamente, tanto os brasileiros quanto os colombianos estão participando mais da regulação da fecundidade e, no Brasil, esta tendência é ainda mais forte. O uso do preservativo masculino passa de menos de 2% nos dois países em 1986 para mais de 7% na Colômbia e para mais de 12% no Brasil. Devemos destacar, entretanto, que de maneira geral "*o uso de métodos contraceptivos masculinos continua baixo em nível mundial*" (Mundigo apud Alvarenga et al., 1995: 208). Uma possível explicação para isso seria que "*o maior número e variedade de opções anticoncepcionais para as mulheres podem contribuir para a baixa prevalência de uso de métodos pelos homens*" (Mundigo apud Alvarenga et al. 1995: 208). Ainda, "*à exceção da vasectomia, todos os métodos de participação masculina têm uma taxa de falha mais alta que a dos demais métodos femininos, e os casais com maior número de filhos procuram métodos de maior eficácia, que são alguns dos femininos*" (Ringheim, apud Alvarenga et al. 1996: 213). O ideal seria uma distribuição o mais homogênea possível, onde o leque de métodos contraceptivos utilizados fosse equilibrado.

De acordo com Duarte et al. (2003), nas duas últimas décadas do século passado, muitos estudos sobre a participação dos homens no uso de métodos anticoncepcionais passaram a ser feitos em todo o mundo. Para as autoras, três fatores foram responsáveis por desencadear o interesse no papel masculino nessa área:

> *"Um deles foi a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e seu avanço entre grupos heterossexuais, atingindo, portanto, também as mulheres; outro, as conquistas femininas em questões de saúde e de direitos reprodutivos, as quais colocaram em cena o homem; e o último, o avanço tecnológico na cirurgia da vasectomia, provocando um novo interesse da população masculina." (Anonymous, apud Alvarenga et al. 1992: 208).*

Tabela 1
Distribuição percentual do método contraceptivo utilizado entre mulheres unidas por ano de realização da pesquisa, segundo tipo de método, Colômbia 1986-2005[a] e Brasil 1986 - 2006.

Método Contraceptivo	Colômbia			Brasil		
	ENDS			PNDS		
	1986	1995	2005	1986	1996	2006[b]
Qualquer método	64,8	72,2	78,2	66,2	76,7	80,6
Métodos modernos	52,4	59,3	68,2	56,5	70,3	77,1
Laqueadura	18,3	25,7	31,2	26,8	40,1	29,1
Vasectomia	0,4	0,7	1,8	0,8	2,6	5,1
Hormômio Oral/Injetável	18,8	15,4	15,5	25,8	21,9	28,7
DIU	11,0	11,1	11,2	1,0	1,1	1,9
Preservativo	1,7	4,3	7,1	1,7	4,4	12,2
Métodos Tradicionais	11,4	11,1	9,5	9,0	6,1	3,2
Outros Métodos[c]	2,3	2,1	1,4	0,5	0,1	0,4
N. de mulheres entrevistadas	2.850	6.097	19.762	3.471	7.584	9.989

Fonte: Macro International Inc., Measure DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, abril de 2008.

[a] As pesquisas de 1990 e 2000 da Colômbia não foram incluídas, pois não existe anos equivalentes para o Brasil.

[b] O percentual por método tem totaliza os casos válidos para a pergunta de respostas múltiplas.

[c] A categoria "outros" inclui implantes, mela (amamentação), diafragma, creme, óvulos vaginais, pílula do dia seguinte, camisinha feminina, além de outros métodos tradicionais e modernos não especificados nos questionários das pesquisas.

Conforme salientam Duarte et al., (2003: 208), embora, existam evidências de que "*estaria ocorrendo no Brasil uma mudança de conduta dos homens quanto a sua responsabilidade reprodutiva, é importante apreender quanto desta mudança é resultado de uma "real transformação nas relações de gênero*" e quanto resulta "*da maior consciência sobre a necessidade de proteger-se contra infecções de transmissão sexual*". Em pesquisa qualitativa, realizada mais recentemente no Estado de São Paulo, Marchi (2006: n.n) também destaca alguns motivos que podem explicar o aumento atual da vasectomia no Brasil: "*O crescimento na busca pela vasectomia deve ser visto também de forma crítica: não apenas porque, necessariamente, não indica maior equidade nas relações de gênero, mas também porque segue testemunhando as deficiências de acesso ao planejamento familiar em nosso meio.*".

Perfil sócio-econômico e demográfico dos usuários e usuárias da contracepção

Nesta seção procuramos aprofundar a análise do perfil sócio-demográfico dos usuários dos diversos métodos contraceptivos. Para reali-

zar a comparação entre os dados da Colômbia e do Brasil, analisamos somente os dados das pesquisas mais recentes. As Tabelas 2 e 3 apresentam o uso dos diferentes métodos contraceptivos de acordo com a região e a situação do domicílio. Percebemos que, a exceção do Norte do Brasil, todas as demais regiões apresentam prevalência contraceptiva superior a 80%, sendo que Sul e Centro-oeste têm os valores mais elevados, respectivamente, 83,5 e 82%. A laqueadura, seguida pelos hormônios orais e injetáveis é o método mais utilizado no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, justamente as regiões menos desenvolvidas do país. No Sul e Sudeste a situação se inverte, os métodos mais utilizados são os hormônios, seguidos pela laqueadura. Em terceiro lugar, para todas as regiões, está o preservativo masculino. É interessante notar a participação da vasectomia, diferente da laqueadura, sua maior prevalência ocorre nas regiões Sudeste e Sul, com valores de, respectivamente, 8,3 e 5,3%. O DIU embora com participação reduzida, é também mais utilizado nas regiões Sul e Sudeste, assim como os métodos tradicionais.

Para a situação de domicílio, verificamos que no meio urbano a prevalência de métodos contraceptivos é apenas 2% maior que no rural. Ainda, nas cidades o uso de métodos hormonais e laqueadura é praticamente igual, em segundo lugar está o preservativo. Na zona rural o método de maior prevalência é a laqueadura, seguida de perto pelos hormonais orais e injetáveis. Em terceiro lugar vem o preservativo. Para a vasectomia a prevalência é 5,8% no meio urbano e 2% no rural.

Na Colômbia também verificamos diferenciais regionais na porcentagem de uso de cada método, mas não existe um diferencial entre os métodos mais utilizados em cada região como acontece no Brasil. As regiões com maior porcentagem de uso são Bogotá e Oriental, com mais de 80%. A menor prevalência é observada na região Atlântica, aproximadamente, 70%. A laqueadura é o método mais utilizado em todas as regiões, embora, os percentuais variem bastante. O maior deles é o da região Atlântica, 34% e o menor o de Bogotá, 27%. Os métodos hormonais estão em segundo lugar em todas as regiões, sendo seu maior uso nos Territórios Nacionais (25%) e seu menor uso em Bogotá (10,8%). O DIU tem prevalência significativa em Bogotá (21%) e apenas 4,4% na região Atlântica. O preservativo apresenta também sua maior prevalência em Bogotá (10%) e a menor em Atlântica, 4,9%. Métodos tradicionais apresentam sua maior prevalência para a região oriental, 11,2%. Para a vasectomia, os maiores usos são verificados na região Central e Bogotá, respectivamente, 3,2 e 3%, já as menores prevalências estão em Atlântica e Territórios nacionais, respectivamente, 0,2 e 0,3%.

Tabela 2
Percentual de uso de métodos contraceptivos, mulheres atualmente unidas, por tipo de método, segundo região de residência e situação do domicílio. Brasil, PNDS, 2006.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	N. de mulheres
		Laqueadura	Vasectomia	Hormônio oral/ Injetável	DIU	Preservativo			
Regiões									
Norte	78,4	41,0	0,8	18,3	0,5	16,5	3,8	0,5	1699
Nordeste	80,3	36,9	1,4	26,0	1,0	13,0	4,5	0,4	1900
Sudeste	80,1	23,9	8,3	27,9	2,8	15,3	5,4	0,6	2084
Sul	82,0	19,2	5,3	41,3	2,9	12,6	4,6	0,4	2237
Centro-oeste	83,5	38,9	3,9	27,2	1,2	12,9	1,9	0,1	2069
Situação de Domicílio									
Urbano	81,0	28,2	5,8	28,1	2,3	15,1	4,9	0,5	6691
Rural	79,0	32,8	2,0	31,5	0,5	10,1	3,4	0,3	3298
Total	80,6	29,1	5,1	28,7	1,9	12,2	3,2	0,4	9989

Fonte: Macro International Inc.,MEASURE DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, Abril de 2008.

O diferencial por situação do domicílio, quando se verifica o uso de qualquer método, é, assim como no Brasil, apenas 2% superior na zona urbana. O método mais usado é a laqueadura, esta apresenta praticamente o mesmo valor tanto no meio urbano, quanto no rural. Em segundo lugar vem os hormonais, com uma prevalência um pouco maior na zona rural. Estes últimos são seguidos pelo DIU, que apresenta maior prevalência nas cidades e pelos métodos tradicionais, mais prevalentes no meio rural. Assim como observado para o Brasil, a laqueadura apresenta maior prevalência para o meio urbano, 2,3%, contra 0,6%.

A prevalência para os diferentes métodos contraceptivos de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas referentes às mulheres em união e a seus cônjuges/companheiros pode ser observada nas Tabelas 4 e 5. Quando analisamos o uso de algum método verificamos que no Brasil existe, entre as mulheres de coortes mais jovens, maior prevalência do que a observada na Colômbia. Esta diferença, entretanto, tende a cair a medida que as mulheres envelhecem, chegando a apenas 0,1% entre as que tem de 45 a 49 anos. Com relação à laqueadura, podemos verificar para os dois países que, a partir dos 30 anos, um número significativo de mulheres opta pelo procedimento e, embora, a porcentagem de laqueaduras seja menor no Brasil, entre as mulheres pertencentes a coortes mais elevadas, o número de procedimentos supera o realizado na Colômbia. É importante observar que, embora o salto na diferença de procedimentos ocorra entre as mulheres de 30 anos e mais, a porcentagem de esteriliza-

ções entre aquelas de 25 a 29 anos é bastante elevada, tendo em vista que este é um procedimento definitivo e que estas mulheres estão ainda no inicio de sua vida reprodutiva. A elevada prevalência de um procedimento irreversível para um grupo tão jovem de mulheres pode ser explicada quando se verifica a taxa de fecundidade específica. Tanto no Brasil, quanto na Colômbia, podemos verificar que existe um pico no segundo grupo de idade, que passa a reduzir-se a partir de então.

Tabela 3

Percentual de uso de métodos contraceptivos, mulheres atualmente unidas, por tipo de método, segundo região de residência e situação do domicílio. Colômbia, ENDS, 2005.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	N. de mulheres
		Laqueadura	Vasectomia	Hormônio oral/ Injetável	DIU	Preservativo			
Região									
Atlântica	70,3	33,9	0,2	15,0	4,4	4,9	8,7	3,0	5529
Oriental	81,3	32,2	1,0	14,6	12,8	8,4	11,2	1,2	2917
Central	79,8	30,7	3,2	18,4	9,4	7,1	9,5	1,5	4610
Pacífica	78,0	31,5	1,8	16,3	11,3	5,4	9,8	1,9	2976
Bogotá	82,6	27,0	3,0	10,8	21,0	10,0	8,3	2,4	1185
Territórios nacionais	77,0	27,4	0,3	25,0	7,6	6,8	7,8	2,1	2909
Situação de Domicílio									
Urbano	78,7	31,0	2,3	14,9	11,6	7,9	9,2	1,7	14627
Rural	76,5	31,5	0,6	16,7	10,0	4,6	10,1	3,0	5499
Total		78,2	31,2	1,8	15,5	11,2	7,1	9,5	20126

Fonte: Macro International Inc., Measure DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, abril de 2008.

Os hormônios orais e injetáveis e o preservativo nos dois países e o DIU na Colômbia são os mais utilizados entre as coortes mais jovens e também por aquelas que têm um menor número de filhos. O que se observa é que o uso de métodos em geral e também o de métodos permanentes (laqueadura e vasectomia) aumenta à medida que cresce o número de filhos. Tal fato era esperado, uma vez que, um número maior de filhos indica que o casal ou já alcançou o número desejado ou, em alguns casos, vivenciou a experiência de uma gravidez indesejada, Sendo assim, a procura por métodos mais eficazes aumenta.

Outra variável que influencia diferencialmente na escolha do método contraceptivo é o número de anos de estudo. Quanto menor o nível de instrução, maior a opção por métodos permanentes e/ou mais eficazes. Tal fato pode ser explicado pela incapacidade ou pequeno controle que as mulheres menos instruídas têm sobre sua vida reprodutiva. Seja

Tabela 4

Percentual de uso de métodos contraceptivos entre mulheres atualmente unidas, por tipo de método, segundo características socioeconômicas e demográficas. Brasil, PNDS 2006 e Colômbia, ENDS 2005.

Características	Qualquer Método		Métodos modernos										Métodos Tradicionais		Outros		N. de mulheres	
			Laqueadura		Vasectomia		Hormônio oral/Injetável		DIU		Preservativo							
	ENDS	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**	**ENDS**	**PNDS**
Idade																		
13 a 19	56,1	66,1	0,9	0,1	0,0	0,6	23,2	44,3	12,3	0,6	7,5	22,8	9,2	3,4	3,1	0,0	1116	525
20 a 24	71,7	77,1	7,0	4,0	0,6	0,4	26,8	53,2	14,7	1,0	9,7	21,1	10,0	3,2	2,9	0,4	2943	1343
25 a 29	78,0	78,7	18,2	16,0	1,4	3,3	22,8	42,6	15,4	2,5	8,1	14,7	10,0	5,1	2,3	0,1	3474	1741
30 a 34	81,5	84,7	32,1	30,9	2,6	7,3	16,7	27,3	12,5	2,6	6,8	13,9	8,7	5,2	2,0	0,7	3507	1848
35 a 39	84,3	85,9	42,7	40,8	2,8	6,9	12,0	21,1	9,4	3,3	6,7	11,1	9,6	4,6	1,2	0,6	3487	1722
40 a 44	83,5	86,3	46,6	44,2	2,3	8,5	8,5	14,3	8,2	2,0	7,2	13,3	9,4	5,2	1,2	0,6	2994	1528
45 a 49	74,3	74,4	48,3	50,5	1,5	5,0	3,1	6,9	6,1	0,7	3,7	7,3	9,3	4,6	2,4	0,7	2605	1282
Número de filhos																		
Nenhum	36,9	54,5	0,6	0,2	0,8	1,9	15,7	34,2	1,9	0,7	7,7	16,7	7,7	4,5	2,4	0,5	1610	1128
1	70,6	76,5	2,7	2,8	0,9	2,2	24,9	45,5	18,8	3,2	9,4	21,3	11,9	6,9	2,0	0,7	4207	2283
2	82,8	88,3	29,8	37,4	2,6	8,8	16,1	24,9	14,4	2,1	8,3	13,3	10,2	4,0	1,5	0,5	5346	3037
3	88,6	92,0	52,6	58,3	2,8	6,5	10,8	16,1	8,3	2,2	5,7	7,6	6,8	3,2	1,6	0,4	4172	1875
4 ou mais	83,3	86,9	50,0	63,9	1,1	3,8	9,8	10,6	5,6	0,5	4,4	6,0	9,5	2,9	3,0	0,2	4791	1666
Anos de estudo																		
0 a 3	76,9	74,7	32,3	47,5	1,0	0,9	14,5	17,2	10,3	1,2	6,6	6,2	9,8	3,0	2,5	0,1	4386	1676
4 a 8	78,7	81,4	32,7	31,2	1,9	4,9	15,2	28,7	11,1	1,6	6,7	13,4	9,4	4,1	1,8	0,3	8996	4421
9 a 11	79,3	81,8	27,1	21,0	2,6	5,2	17,4	34,7	12,7	2,3	8,3	17,6	9,7	5,6	1,6	0,4	5915	2947
12 ou mais	69,0	81,9	23,6	20,5	0,0	10,9	11,4	26,8	2,1	3,3	0,0	18,1	31,9	5,4	0,0	1,6	12	861
Ignorado [a]	67,1	77,5	39,3	37,1	0,3	7,1	6,7	17,0	4,4	6,5	3,6	6,2	7,2	8,1	5,6	0,0	817	84
Cor da mulher [b]																		
Branca	-	82,7	-	24,6	-	7,0	-	30,3	-	2,8	-	14,9	-	6,2	-	0,6	-	3903
Negra	-	78,8	-	32,1	-	3,7	-	27,6	-	1,5	-	13,2	-	3,5	-	0,4	-	5532
Amarela	-	85,7	-	29,1	-	5,8	-	28,1	-	1,3	-	23,7	-	3,5	-	0,0	-	250
Indígena	-	78,9	-	34,3	-	4,0	-	25,3	-	0,0	-	14,9	-	5,1	-	1,3	-	205
Ignorado	-	83,8	-	34,8	-	2,3	-	38,0	-	0,1	-	9,7	-	3,8	-	0,0	-	99
Total	78,2	80,6	31,2	29,1	1,8	5,1	15,5	28,7	11,2	1,9	7,1	12,2	9,5	3,2	1,4	0,4	20126	9989

Fonte: Macro International Inc, 2008, MEASURE DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, Abril de 2008.

[a] A categoria ignorado inclui: sem resposta, não sabe, não respondeu, missing, ou indeterminado.

[b] Para os dados da Colômbia não estavam disponíveis informações sobre cor/etnia.

Tabela 5

Percentual de mulheres atualmente unidas por tipo de método, por tipo de método, segundo características socioeconômicas e demográficas do cônjuge companheiro. Brasil, PNDS 2006 e Colômbia, ENDS 2005.

Características do cônjuge/companheiro	Qualquer Método		Métodos modernos										Métodos Tradicionais		Outros		N. de mulheres	
			Laqueadura		Vasectomia		Hormônio oral/injetável		DIU		Preservativo							
	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS
Idade do cônjuge/companheiro																		
15 a 29	71,3	76,7	10,2	7,8	0,4	0,3	24,6	48,8	14,9	1,4	9,0	19,7	9,8	4,5	2,3	0,1	4942	2450
30 a 39	80,0	81,6	28,7	26,6	2,3	5,1	17,5	31,8	12,2	2,9	7,5	13,2	9,3	4,8	2,3	0,8	6648	3291
40 a 49	82,3	83,6	42,8	41,5	2,4	7,9	10,4	17,2	9,5	1,9	6,1	12,7	9,6	4,4	1,6	0,6	5680	2926
50 a 59	77,6	81,1	47,9	46,2	1,4	8,6	6,4	12,4	6,7	1,2	4,6	10,3	9,0	4,4	1,7	0,0	2355	1086
60 ou mais	70,4	68,2	43,7	39,5	4,4	1,4	3,6	8,7	3,2	2,3	6,0	10,5	8,1	7,4	1,3	0,1	488	214
Ignorado	80,2	53,4	18,8	23,2	0,0	0,0	0,3	27,1	32,0	0,0	6,0	3,6	23,1	0,0	0,0	0,0	13	22
Grau de instrução do cônjuge/companheiro																		
Alfabetização inicial	77,9	82,0	29,0	49,9	3,3	0,7	16,1	22,1	10,1	0,3	8,3	7,8	9,3	1,9	1,8	0,0	173	212
Ensino fundamental [a]	78,6	80,2	35,1	33,1	1,1	3,1	15,0	28,4	9,9	2,0	6,0	11,8	9,5	4,0	2,1	0,3	7658	5852
Ensino médio [b]	78,9	82,1	28,5	21,3	2,1	7,3	16,5	31,8	12,3	2,0	8,2	19,2	9,6	6,0	1,7	0,4	8451	2526
Pelo menos ensino médio	77,6	83,8	27,4	18,1	3,1	14,0	14,7	27,2	12,5	3,7	7,8	18,8	9,8	5,6	2,2	1,8	2733	735
Ignorado	69,1	72,5	36,2	40,1	1,1	0,3	11,0	21,6	7,6	0,4	2,7	7,2	7,5	2,9	3,1	0,8	1111	664
Total	78,2	80,6	31,2	29,1	1,8	5,1	15,5	28,7	11,2	1,9	7,1	12,2	9,5	3,2	1,4	0,4	20126	9989

Fonte: Macro International Inc, 2008, MEASURE DHS STATcompiler, http://www.measuredhs.com, Abril de 2008.

[a] Para os dados do Brasil, foram agrupados na categoria ensino fundamental os cursos seriados e não seriados.

[b] No Brasil a categoria ensino médio, inclui também os homens com curso técnico/profissionalizante.

por desconhecimento, por falta/dificuldade de acesso ou pela influência de terceiros, essas mulheres acabam optando por esses métodos. Assim, nestes países, fatores como a elevada concentração de renda, a transferência intergeracional da pobreza, e o forte preconceito de gênero e cor/raça, acabam por perpetuar a pobreza, sobretudo entre as mulheres, o que em última instância reflete sobre a prevalência dos métodos contraceptivos, acarretando um desequilíbrio no uso destes.

Com relação a variável cor/raça, mostramos dados somente para o Brasil, e podemos observar que entre as mulheres brancas e amarelas existe maior prevalência de métodos em geral. Ainda, é maior entre estas o uso de hormônios e preservativos. Já entre as negras e indígenas observa-se maior prevalência para a laqueadura. Estes dados por cor/raça apontam no mesmo sentido da educação, pois as mulheres negras e indígenas são as menos instruídas e aquelas que mais usam a laqueadura. Estes dados mostram que a seleção do método permanente para regulação da fecundidade passa por maior conhecimento e possivelmente pelo status econômico, pois sabemos que este está associado positivamente com a instrução e as menos instruídas estão, maiormente representadas entre as negras. Já para a vasectomia, a prevalência segundo cor/raça da mulher para a vasectomia apresenta também comportamento distinto do observado para a laqueadura. Os maiores valores são observados entre mulheres brancas e amarelas, respectivamente, 7,0 e 5,8%.

Este método, a vasectomia, embora seja um procedimento similar à laqueadura em termos de efeitos sobre a vida daqueles que se submetem ao procedimento, merece especial atenção. Entre as mulheres em união que mencionaram o procedimento como método contraceptivo, a maior prevalência se dá para as mulheres em idade mais avançadas no ciclo reprodutivo e para aquelas que têm dois ou três filhos. Também para os homens, a partir da idade do companheiro, a maior prevalência é verificada entre os mais velhos. É interessante notar que, para um número de filhos igual ou superior a quatro, a prevalência do procedimento volta a cair. Quando comparamos o nível de escolaridade da mulher (Tabela 4) e de seu companheiro (Tabela 5), encontramos um comportamento distinto daquele verificado para a laqueadura e mais próximo do observado para métodos hormonais e preservativos. Sobretudo no Brasil, a maior prevalência da vasectomia está associada a um maior nível de instrução. Observamos um aumento no percentual de uso do método à medida que aumenta o número de anos de estudo, chegando a 10,9% para as mulheres que têm o mais alto nível de instrução. Verificamos comportamento idêntico para o grau de instrução do homem, a prevalência é de 0,7% entre aqueles com alfabetização inicial, chegando a 14% para os que têm no mínimo ensino médio completo.

Considerações finais

A prevalência de métodos contraceptivos, captada pelas pesquisas de demografia e saúde realizadas no Brasil em 1986, 1996 e 2006 e na Colômbia em 1986, 1995 e 2005, revela que os percentuais para os diferentes métodos sofreram alterações ao longo dos anos, embora, sua distribuição siga concentrada em torno de algumas poucas opções. Na Colômbia, a laqueadura segue uma trajetória ascendente, enquanto os métodos hormonais têm sua participação reduzida. Sua prevalência passa de 19% para 15% entre o primeiro e o segundo ano analisado, sendo que este valor fica praticamente inalterado na última pesquisa. O DIU, que, embora tenha presença significativa na Colômbia, segue com uso constante ao longo dos anos. Os métodos tradicionais perdem espaço, enquanto a prevalência da vasectomia, mesmo que ainda reduzida, tenha aumentado nos últimos anos, chegando a 1,8% em 2005.

No Brasil, diferente do que ocorre na Colômbia, a laqueadura, embora ainda seja o método de maior prevalência e, tenha crescido muito entre 86 e 96, perde espaço a partir deste ano para outros métodos que já eram bastante prevalentes, mas apresentam crescimento grande neste último período. O preservativo apresentou aumento de 64%, a vasectomia teve seu uso aumentado em 49% e os hormônios orais e injetáveis, cresceram 24% entre 1996 e 2006. Devemos destacar que, embora, o uso do preservativo tenha crescido mais do que os métodos hormonais, neste período mencionado, a prevalência deste último ainda é a segunda maior observada no país. O DIU também merece uma nota de destaque, que apesar de praticamente não ser usado no país, teve percentualmente um aumento relativo, dobrando sua participação no leque de métodos contraceptivos no Brasil, mas alcançando somente perto de 2% no ano de 2006.

Com relação ao uso de métodos de acordo com variáveis selecionadas, alguns pontos merecem destaque. No Brasil, entre as coortes mais jovens, assim como entre as mulheres com menor número de filhos, é onde se observa maior prevalência de hormônios e preservativos. Na Colômbia, além desses dois métodos, o DIU, tem também prevalência significativa entre as mais jovens, 42,4% das mulheres que mencionaram este método estão representadas nas três primeiras coortes. Já a laqueadura e também a vasectomia, apresentam prevalência significativa nas coortes mais velhas, bem como entre as mulheres com maior número de filhos. Para a laqueadura, existe ainda uma participação elevada entre as mulheres de 25 a 29 anos, 18% na Colômbia e 16% no Brasil.

Os hormônios, os preservativos e a vasectomia são mais utilizados por mulheres com maior grau de escolaridade, bem como por aquelas que têm cônjuges/companheiros com maior nível de instrução. Esta distribuição fica bastante clara, sobretudo, para o Brasil[7]. Para a laqueadura, observa-se maior prevalência entre as mulheres com menos anos de estudo,

bem como para aquelas que têm cônjuges/companheiros menos instruídos. Comportamento semelhante é encontrado quando analisamos a prevalência dos métodos de acordo com cor/raça das mulheres. Entre as brancas e amarelas existe maior prevalência de hormônios, preservativos e vasectomia, já entre negras e índias, a laqueadura é mais significativa.

Mesmo esta análise não tendo entrado em discussões mais aprofundadas sobre as mudanças de gênero relacionadas aos diferenciais na prática da regulação da fecundidade via uso de métodos contraceptivos, os dados analisados apontaram para questões que devem ser avaliadas futuramente e que merecem ser pontos de acompanhamento mais permanente ao longo dos próximos anos. Vemos que a laqueadura, bem como a vasectomia, é um procedimento realizado, sobretudo, a partir dos 30 anos e também por aqueles que têm dois ou mais filhos, entretanto, as semelhanças entre os perfis daqueles que se submetem a estes procedimentos não vão muito além. Para ambos os países, o nível de instrução das mulheres e de seus cônjuges/companheiros e, para o caso do Brasil, a cor/raça das mulheres, apresentam percentuais bem distintos entre mulheres laqueadas e homens esterilizados.

O aumento da participação masculina nos métodos contraceptivos não pode ser explicado de maneira simples. A diminuição da prevalência entre os métodos femininos mais utilizados até então (hormônios e a laqueadura) e o aumento entre os métodos masculinos (preservativo e vasectomia) pode representar uma evidência sobre a "*mudança de conduta dos homens quanto a sua responsabilidade reprodutiva*". Tal evidência, entretanto, deve ser vista com cautela. Essa maior responsabilidade pode ser fruto tanto de transformações nas relações de gênero, dados os avanços das mulheres na área de saúde e direitos reprodutivos, o que as torna mais aptas à negociação na opção pelo método a ser usado, como simplesmente refletir uma maior consciência sobre a necessidade de proteção contra infecções de transmissão sexual, tendo em vista a epidemia de AIDS e seu avanço sobre grupos heterossexuais, para o caso do preservativo. O maior número de vasectomias, dados os avanços tecnológicos para realização da cirurgia, o que a torna mais viável como opção de método, pode ainda ser encarada pelos homens como um estímulo à infidelidade, uma vez que estes não estariam sob risco de gerarem filhos fora do casamento.

O aumento da vasectomia é um caso a parte e que deve ser visto com atenção. Na Colômbia este método é oferecido, maiormente nas clínicas de planejamento familiar. No Brasil, apesar do grande aumento no SUS, este ainda é em sua maioria realizado na rede privada de Saúde (Berquó et al 2008). O que parece ocorrer com a utilização da vasectomia era um medo inicial dos homens sobre "efeitos colaterais" do uso deste método, o que aliado à responsabilização feminina pela regulação da fecundidade, fazia com que seu uso fosse inexpressivo. O número cada vez maior de vasectomias realizadas com sucesso, sem os tais "efeitos cola-

terais" vinculados à potência viril masculina, são motivadores do uso do método, além de uma provável vantagem de liberdade sexual, que desvincula o ato sexual da reprodução, seja ela em relações estáveis ou não. Talvez a estória do uso da laqueadura não tenha sido muito distinta, mas sim a postura tomada pelas mulheres mesmo diante destas crenças. A laqueadura esteve no início vinculada a crenças de efeitos colaterais como maior frigidez das mulheres após sua realização, e ainda em algumas camadas sociais isto continua sendo uma "verdade". Entretanto, entre correr o risco à possível frigidez e ter que cuidar de mais um filho parece que as mulheres optaram pelo primeiro, fazendo com que a laqueadura fosse tão utilizada mesmo por mulheres jovens, antes dos 30 anos de idade, após alcançarem (algumas até depois) o número de filhos que gostariam de ter. A questão da maior liberdade sexual, também foi colocada para as mulheres, mas com vieses conhecidos de gênero. Para as mulheres isto pode ter gerado um fator negativo na escolha do método e, no caso dos homens, isto é gerador de motivação para sua realização (depois de transposto o medo da impotência).

Aliado a todos estes fatores de ordem comportamental dos usuários há que se estar atento ao comportamento dos profissionais de saúde. O aumento do leque de métodos à disposição da população depende muito da postura destes profissionais e de como o sistema de saúde se organiza. Ou seja, boa parte do uso de métodos pode ser explicada pela provisão destes. No caso da Colômbia, vemos que apesar do leque de métodos utilizados ser um pouquinho maior, a laqueadura continua aumentando e o DIU fica estável. Qual parcela destes a vasectomia irá substituir? Irá substituir somente o método permanente, com um equilíbrio ou até uma inversão entre laqueadura e vasectomia? No caso do Brasil, as mesmas perguntas podem ser colocadas, e até podemos dizer que os dados apontam para uma tendência de substituição entre a escolha por métodos permanentes. A facilidade da cirurgia e as "vantagens" colocadas aos homens podem simplesmente substituir um método pelo outro, ao invés de ser uma escolha pessoal informada, principalmente para a população menos instruída.

Finalmente, é preciso considerar que a Colômbia e, especialmente o Brasil, caminham para uma situação de fecundidade muito baixa (*lowest-low fertility*) em que cresce o número de mulheres e homens que não querem ter filho (Bixby et al 2008). Vários países europeus estão nesta situação, o que fez surgir o termo Terceira Transição Demográfica (Coleman 2006), Contudo, esses países possuem fecundidade muito baixa devido ao adiamento da idade do primeiro filho e aos processos característicos da Segunda Transição Demográfica (Lesthaeghe e Neidert 2007). No caso de Colômbia e Brasil, prevalece um padrão jovem de fecundidade, onde as mulheres entre 15 e 24 anos têm a maior parte dos filhos nestas idades. Em estudos posteriores, para uma melhor compreensão dos fato-

res que levam à queda da fecundidade e as mudanças observadas na prevalência de métodos contraceptivos, seria interessante analisar variáveis relacionadas ao planejamento da fecundidade, bem como as referentes ao conhecimento sobre período reprodutivo e uso de preservativo na última relação entre as mulheres que o mencionaram como método contraceptivo. Tais variáveis, quando analisadas em relação ao uso atual de métodos, podem ser bastante elucidativas das novas tendências observadas.

Notas

[1] Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

[2] O IPPF - International Planning Parenthood Federation é o órgão financiador do Profamilia (1967) na Colômbia e da BEMFAM (1965) no Brasil.

[3] A Lei não especifica o número de cesarianas sucessivas a partir do qual a esterilização feminina é permitida no momento do parto. Entretanto, conforme salientam Berquó & Cavenaghi (2003): "é de comum conhecimento que três cesarianas sucessivas são usadas como parâmetro, ou seja, duas cesarianas sucessivas anteriores viabilizam a realização da laqueadura durante um terceiro parto por cesariana." (p. 443)

[4] Devemos ressaltar que naquela época o Município com maior número de hospitais credenciados era Belo Horizonte, com 14 hospitais, seguido por Cuiabá com seis hospitais.

[5] A vasectomia passou a ser procedimento ambulatorial em junho de 2007 a partir da Portaria 1319/07. Esta também aumentou o valor pago pela vasectomia (de R$20,00 para R$108,00). A cirurgia foi incluída ainda no rol dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, o que significa que os hospitais não têm mais limites por mês para realizar o procedimento.

[6] Existem críticas com relação a este modelo de clínicas que atendem exclusivamente ao público masculino. Muitos autores acreditam que a provisão de serviços em esferas separadas não garante um maior número de atendimentos bem como uma melhor qualidade do serviço prestado (ou uma melhor percepção com relação à qualidade do serviço). Além disso, os custos para se manter este modelo são elevados. Segundo Ojeda et al. (1991) as clínicas orientadas para o público masculino são bastante diferentes das tradicionais. Nessas são oferecidos serviços completamente segregados daqueles à disposição das mulheres, desde as salas de espera, até as salas de atendimento e cirurgia. Os funcionários, médicos, conselheiros, enfermeiras e recepcionistas, são também diferentes.

[7] Na Colômbia os percentuais de uso de métodos de acordo com anos de estudo/grau de instrução apresentam uma distribuição mais diluída.

Bibliografia

ALVARENGA, A. T., Duarte, G. A, Faúndes, A., Sousa, M.H. e Osis, M. J. D. (2003) Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad. Saúde Pública*, 19 (1), 207-216. Rio de Janeiro.

ALVES, J.E.D (1994), *Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil*, Tese

de Doutorado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ALVES, J.E.D. (2006) As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil. *Texto para Discussão* (21). Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.

ARMAS, M. A. (2008), *No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba*, Tese de Doutorado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BERQUÓ, E. (1987) Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População,* 4 (1), 95-103, jan-jul. São Paulo.

BERQUÓ, E. e Cavenaghi, S. (2003) Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 441-453.

BIXBY, L.R., Martin, T.C. e Garcia, T.M. (2008) Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In: *Annual Meeting of the Population Association of America*. PAA, New Orleans.

CADAVID-ZULETA, Ligia, Galvez, Carlos, Velez –Moreno, Juan Fernando (2004). Resistencias al descenso de la fecundidad en America Latina, estudio del caso Colombiano – In: *Anais*. I Congresso da ALAP: Caxambu. MG, setembro.

CARVALHO, J.A., Paiva, P. e Sawyer, D. (1981) *A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação*, Monografia Nº 12, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CHACKIEL, J. e Schkolnik, S. (2003) América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 51-74.

COHEN, S.L. (1996) *Vasectomy and National Family Planning Programs in Asia and Latin America*. Fall. Department of Maternal and Child Health School of Public Health 3 (2), 1-23.

COLEMAN, D. (2006) Immigration and Ethnic change in Low-fertility Countries: A Third Demographic Transition. *Population and Development Review* 32 (3), Washington.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. (2001) Assistência à Saúde: Procedimentos Hospitalares por Local de Internação. *Datasus*. [Online]. Disponível em URL: http://www.datasus.gov.br [Acesso em março 2008].

FARIA, V.E. (1989) Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências sociais hoje*. ANPOCS, São Paulo.

FLOREZ Carmen Elisa (2000). *Las transformaciones socio-demográficas en Colombia durante el siglo XX,* Banco de la Republica, 2000, 120p.

FLOREZ, C.E. (2005) Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (6), 388-402.

FLOREZ, Carmen E. e Soto, Victoria (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad

en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe.* 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile.

HENNING, S. (2003) La transición de la fecundidad en el mundo. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 11-32.

LESTHAEGHE, R. e Neidert, L. (2006) The Second Demographic Transition in the United Sates: exception or textbook example? *Population and Development Review*, 32 (4), 669 - 698 Washington.

MARTINE, G. (1996) Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors". *Population and Development Review*, 22 (1), 47-75.

MERRICK, T. e Berquó, E. (1983) *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*. National Academy, Washington.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS (48). Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasil, Brasília/DF (1).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) Secretaria de Atenção à Saúde- SAS. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília.

OJEDA, G., Veja, A. e Vernon, R. (1991) Making Vasectomy Services More Acceptable to Men. *International Family Planning Perspectives*, 17 (2) (Jun., 1991), pp. 55-60.

OJEDA, Gabriel, Sarmiento, Olga Lucia, Tellez, Marisol (2006). Tendencias en la dinámica anticonceptiva en Colombia 1990-2005: Estudio a profundidad de la ENDS 2005. Profamilia: Colombia, Novembro de 2006. Disponível em http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/profundidad/tendencias/Cap%edtulo%20I.pdf. Acessado em 30 de agosto de 2008.

ORDÓÑEZ, Myriam (1990). *La Fecundidad en Colombia 1985. Niveles, Diferenciales y Determinantes*. PROFAMILIA y DANE.

ORDÓÑEZ, Myriam y Murad, Rocío (2002). "Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil". Estudio a profundidad de la ENDE-2000, Profamília - Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa fe de Bogotá.

PERPÉTUO, Ignez Oliva (2008). Anticoncepção. In: BERQUÓ, E.; Garcia, S.; Lago, T. (Coord.). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. (Relatório final). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em 4 out. 2008.

POTTER, J.E., C.P. Schmertmann, and S.M. Cavenaghi (2002). Fertility and Development: Evidence from Brazil. *Demography, v.*39, number 4, 739-761, November.

SCHKOLNIK, S. (2003) La fecundidad em América Latina. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 33-48.

SCHMERTMANN, Carl P ; Potter, Joseph and ; Cavenaghi, S. M. (2008). Exploratory Analysis of Spatial Patterns in Brazil's Fertility Transition. *Population Research*

and Policy Review. Feb;27(1):1-15.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL/Macro International (1997). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. *BEMFAM/Macro International*, Rio de Janeiro.

VIVEROS, M. (1998) Decisiones reproductivas y dinámicas conyugales: El caso de la elección de la esterilización masculina. In: Valdés, T. e Olavarría, J. (org.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina.* Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 146-157.

ZAMUDIO, L y N. RUBIANO (1991). *La Nupcialidad en Colombia.,* Universidad Externado de Colombia., Instituto de Bienestar Familiar, Bogotá.

ANEXO

Variáveis e categorias utilizadas para a análise.			
Variáveis	Brasil	Colômbia	Categorias agrupadas
Número de filhos (as) nascidos (as) vivos (as)	0, 1, 2, 3, etc,	0, 1, 2, 3, etc,	Nenhum filho Um filho Dois filhos Três filhos Quatro filhos ou mais
Idade da mulher	15, 16, 17,..., 49,	15, 16, 17,..., 49,	15 a 19 20 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 39 40 a 44 45 a 49
Anos de estudo da mulher	1, 2, 3,..., 12. indeterminado não sabe	1, 2, 3,..., 12. indeterminado não sabe	0 a 3 4 a 8 9 a 11 12 ou mais Ignorado
Idade em anos do cônjuge/companheiro	15, 16, 17, etc, sem resposta não sabe missing	15, 16, 17, etc, sem resposta não sabe missing	15 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 ou mais Ignorado
Último grau concluído do cônjuge/companheiro (nível educacional)	Nenhum Classe de Alfabetização EJA (educação de adultos) Fundamental Supletivo fundamental Médio Supletivo médio Técnico profissionalizante Pré-vestibular Superior Pós-graduação	Nenhum Pré-escola Primaria Secundária Técnica e pós-secundária Universidade Pós-graduação Não sabe, sem resposta, missing	Alfabetização inicial Ensino fundamental Ensino médio Pelo menos ensino médio Ignorado
Método contraceptivo utilizado atualmente Uso de método atual	Não sabe, sem resposta, missing Esterilização feminina Esterilização masculina Pílula DIU Injetáveis Implantes (Norplant) Camisinha (preservativo) Camisinha feminina Diafragma Creme/Óvulo Tabela/abstinência periódica Coito Interrompido Pílula do dia seguinte Outros	Não usando Pílula DIU Injeções Diafragma Camisinha Esterilização feminina Esterilização masculina Abstinência periódica Coito interrompido Outro Implantes (Norplant) Abstinência Período de amamentação Camisinha feminina Espermicidas	Qualquer método Laqueadura Vasectomia Hormônio oral/injetável DIU Preservativo Métodos tradicionais Outros
Classificação de cor	Branca Preta Parda Amarela Indígena Recusou-se a responder, sem resposta, nã	- - - - - -	Branca Negra Amarela Indígena Ignorado

CONHECIMENTO, ATITUDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS À DEMANDA POR CONTRACEPÇÃO NO PERU E BOLÍVIA

Mário Ernesto Piscoya Diaz[1]
Marisa Alves Lacerda[2]

Introdução

Ao longo do século passado, várias foram as mudanças observadas nos países da América Latina, dentre as quais se destaca o processo de transição demográfica. A queda da fecundidade, que constitui a segunda etapa deste processo, vem sendo observada em todos os países desta região, na maioria dos casos desde meados da década de 70. Encontra-se bastante avançada em muitos deles, onde já é possível observar níveis de fecundidade bem próximos ou mesmo abaixo do nível de reposição[3], seguindo o padrão observado nos países mais desenvolvidos do mundo, ainda que com várias décadas de atraso (Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Apesar de generalizada, a queda da fecundidade nos países da América Latina teve início em momentos distintos e seguiu diferentes ritmos. Apresenta, não obstante, algumas similaridades de um país para outro, dentre as quais se destaca o fato de que, independente do momento em que teve início o processo de queda e do ritmo que este seguiu ou vem seguindo, as primeiras mudanças foram observáveis entre as mulheres de mais alta escolaridade e nível de riqueza, especialmente nas áreas urbanas e naquelas mais privilegiadas economicamente. Observando as tendências e níveis de fecundidade atuais, vê-se a continuidade desse quadro descendente em todos os subgrupos populacionais, o que sugere uma tendência à convergência, embora permaneçam, ainda, os diferenciais em termos de local de residência e nível de escolaridade e riqueza (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

A adoção do uso de métodos contraceptivos foi – e ainda é - o principal determinante próximo para a queda da fecundidade na região mencionada, o que torna o atendimento à demanda por contracepção focal no debate. Embora para alguns subgrupos seja observável a continuidade do processo de queda até níveis bem próximos do de reposição, o fato é que a fecundidade provavelmente estaria em níveis ainda mais baixos, caso toda a demanda por contracepção fosse adequadamente satisfeita (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004; Westoff, 2006).

Para além de seu efeito sobre os níveis de fecundidade, o atendimento às demandas contraceptivas das mulheres, e dos indivíduos em geral, constitui peça fundamental para promoção dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Direitos esses que têm como prerrogativa a garantia de condições para que os indivíduos possam decidir, de forma livre, esclarecida e assistida, o momento de ter filhos e a quantidade desejada.

Dentro desse escopo, é importante considerar que mesmo a tendência descendente, observada para a demanda insatisfeita por contracepção em todos os países da América Latina, não exclui a necessidade de atenção às demandas reprodutivas individuais. Isto porque parcelas significativas da população seguem sem ter essas demandas atendidas, havendo, ainda, coincidência entre maiores níveis de demanda insatisfeita e outras características socioeconômicas desfavoráveis - como menor escolaridade e nível de renda – o que faz com que a demanda insatisfeita por contracepção atue como mais um fator de vulnerabilização nestes contingentes populacionais, contribuindo ainda, em muitos casos, para a continuidade dos ciclos de pobreza familiar (Padilla, 2006; Westoff, 2006).

Partindo do reconhecimento da legitimidade desta questão, o presente estudo propõe-se a identificar, para o Peru e para a Bolívia, alguns fatores associados à demanda satisfeita e insatisfeita por contracepção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas e unidas. Para tanto, foram gerados dois modelos de regressão logística, um para cada país, utilizando os dados coletados pela *Encuesta Nacional de Demografia y Salud* –ENDSA 2003–, realizada na Bolívia, e pela *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* –ENDES Continua 2004–, realizada no Peru.

Neste estudo, a demanda total por contracepção, tal qual definida nos inquéritos da pesquisa *Demographic and Health Survey –DHS–* refere-se ao somatório da demanda satisfeita e insatisfeita de mulheres casadas e unidas sexualmente ativas e em idade reprodutiva – ou seja, de 15 a 49 anos. A demanda satisfeita é formada pelas mulheres casadas ou unidas, sexualmente ativas e férteis, usuárias de algum tipo de método para evitar uma gravidez ou postergá-la pelos próximos dois anos. Já a demanda insatisfeita por contracepção é constituída pelo somatório de mulheres casadas e unidas, sexualmente ativas e férteis que, não sendo usuárias de método contraceptivo, declararam: 1) não querer ter mais filhos ou estar grávidas ou amenorréicas em virtude de uma gravidez não desejada – de-

manda insatisfeita para limitar – ou; 2) querer postergar a (próxima) gravidez por pelo menos dois anos ou estar grávidas ou amenorréicas em virtude de uma gravidez que desejavam postergar por pelo menos mais dois anos – demanda insatisfeita para postergar (Measure DHS+, 2007; Westoff, 2006).

Os resultados sugerem que em ambos países, as mulheres unidas, em idades jovens, com uma parturição baixa, sem conhecimento apropriado do ciclo de ovulação e que não discutem planejamento familiar com o companheiro, apresentam um maior risco de possuir sua demanda por contracepção insatisfeita. Adicionalmente, na Bolívia o nível de escolaridade da mulher e de seu parceiro, a língua materna e também a ausência de filhos indesejados estão associados à demanda insatisfeita por contracepção.

Nos itens seguintes, apresentam-se, respectivamente, um breve panorama da fecundidade e do planejamento da fecundidade no Peru e Bolívia, os dados, variáveis e metodologia empregados neste estudo e os principais resultados obtidos, seguidos de algumas considerações acerca dos mesmos.

Fecundidade e contracepção: breve contextualização para Bolívia e Peru

Uma série de mudanças sociais, econômicas e culturais contribuíram, de diferentes formas, com a redução nos níveis de fecundidade dos países Latino-americanos. Dentre estas mudanças é possível destacar o acelerado processo de urbanização, iniciado na década de 60, o aumento dos níveis de escolaridade da população em geral e em especial da feminina, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a queda das taxas de mortalidade infantil. Esse conjunto de fatores fomentou a demanda por famílias menores, originando um aumento na demanda por conhecimento e uso de métodos contraceptivos. Em resposta a esse aumento na demanda, políticas de planejamento familiar foram pensadas e implementadas em muitos países da região (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Na América Latina, o uso de métodos contraceptivos pode ser apontado como o principal determinante próximo da queda da fecundidade. Nesta região, diferentemente do observado em países mais desenvolvidos, a queda da fecundidade ocorreu de forma independente da redução dos níveis de desigualdade social e econômica, os quais ainda persistem. Resguardadas as suas particularidades, Peru e Bolívia, focos da presente análise, seguem os indicativos aqui apresentados, no que se refere tanto à queda da fecundidade quanto ao papel do uso de métodos contraceptivos nesse processo. Assemelha-se também ao restante da região analisada, no sentido de que apesar da queda generalizada da fecun-

didade e do aumento da prevalência do uso de métodos contraceptivos, algumas características socioeconômicas seguem como importantes demarcadores de diferenças nos níveis de um e outro indicador (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Apesar desta queda generalizada, tanto na Bolívia quanto no Peru mantêm-se ainda diferenciais significativos nos níveis de fecundidade, quando se consideram algumas variáveis socioeconômicas. Assim, tem-se que, na Bolívia em 2003, a TFT era de 5,5 filhos por mulher na área rural e 3,1 na área urbana, destacando-se que apesar do diferencial ainda existente, a queda da fecundidade na área rural foi a principal responsável pela redução da fecundidade para o total do país, entre os anos de 1998 e 2003. No que tange aos diferenciais por nível de escolaridade, chama a atenção o fato de que em 2003 a fecundidade das mulheres que não possuíam escolaridade alguma se encontrava nos mesmos patamares observados para o total do país em 1950-1955 – 6,8 filhos por mulher – ao passo que a fecundidade das mulheres com nível superior se encontrava já no nível de reposição - ou seja, 2,1 filhos por mulher (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Também no caso do Peru, a escolaridade apresenta-se como o mais marcante diferenciador dos níveis de fecundidade, embora a diferença em termos do local de residência também tenha se mostrado importante. A TFT mensurada para 2004 foi de 4,3 filhos por mulher sem nenhum ano de estudo, contra 1,5 filhos por mulher com ensino superior, valor este bastante abaixo do nível de reposição e bem similar àquele apresentado para países mais desenvolvidos socioeconomicamente. Considerando o local de residência, a TFT observada foi de 3,6 filhos por mulher nas áreas rurais e 2,0 nas áreas urbanas (INEI, 2005).

No tocante ao planejamento da fecundidade, o primeiro ponto a ser considerado é o nível de informação que as mulheres têm sobre métodos contraceptivos. Isto porque embora na maioria das vezes apenas possuir informação não seja suficiente, a informação constitui, sem dúvidas, um componente essencial para a mudança de comportamentos e adoção de novos hábitos. A esse respeito tem-se que tanto na Bolívia quanto no Peru o percentual de mulheres em idade fértil que conhecia ou já tinha ouvido falar de pelo menos um método contraceptivo era bastante elevado – 93% e 99%, respectivamente (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Sob a perspectiva das práticas contraceptivas, observa-se o aumento da prevalência do uso de métodos nos dois países analisados. Na Bolívia esta prevalência, que era de 48% para as mulheres casadas e unidas em 1998, passou a ser de 58% em 2003, dos quais 35% equivaliam ao uso de algum método moderno – sendo o DIU mais usado - e 23% ao uso de algum método tradicional – sobretudo a abstinência periódica. Já no Peru, os percentuais de uso mostraram-se mais elevados. No período de quase 20 anos, a prevalência do uso de contraceptivos por mulheres uni-

das aumentou de 46% em 1986 para 71% em 2004. O percentual de uso de métodos tradicionais encontrava-se em patamares semelhantes aos da Bolívia - 24% em 2004 – ao passo que o percentual de uso de métodos modernos apresentou-se consideravelmente mais elevado – 47% no mesmo ano, sendo a injeção o método mais empregado. Chama a atenção, no caso do Peru, o fato de que no período de apenas 4 anos a prevalência do uso de métodos tradicionais aumentou cinco pontos percentuais – em 2000 essa prevalência era de 19% - ao passo que a prevalência do uso de métodos modernos diminuiu três pontos percentuais no mesmo período (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Também para a prevalência do uso de métodos contraceptivos, em ambos os países, apresentam-se claros os diferenciais segundo características socioeconômicas. Assim, em 2004, mais de ¾ das mulheres peruanas com nível secundário de escolaridade e daquelas residentes de áreas urbanas utilizavam algum método para controle da fecundidade, ao passo que somente 51% das mulheres sem escolaridade alguma e 63% daquelas residentes em áreas rurais empregavam algum método (INEI, 2005). No caso da Bolívia, enquanto nas áreas urbanas 64% das entrevistadas casadas ou unidas usavam algum método em 2003, na área rural este percentual era de apenas 48%. Considerando o nível de escolaridade, enquanto 73% das mulheres com nível superior usavam algum método, somente cerca de 1/3 daquelas sem escolaridade adotavam esse uso.

Alguns dados apresentados anteriormente demonstram a importância do uso de métodos tradicionais dentro do planejamento da fecundidade nos dois países analisados. Independente desta significativa prevalência no uso estar relacionada à dificuldade de acesso a métodos modernos ou à escolha livre e esclarecida da mulher e/ou de seu parceiro, o fato é que neste contexto o conhecimento do período fértil dentro do ciclo ovulatório torna-se essencial para aumentar a eficácia da maioria dos métodos tradicionais adotados. Apesar disso, dados da ENDSA 2003 demonstram que, na Bolívia, aproximadamente metade das entrevistadas que praticavam a abstinência periódica não conhecia esse período, o que significa dizer que estas mulheres possivelmente vinham utilizando incorretamente o método, estando, por isso, mais sujeitas a uma gravidez não planejada. O conhecimento do período fértil mostrou-se maior entre as residentes das áreas urbanas do que entre aquelas que residiam nas áreas rurais - 60% e 44%, respectivamente (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004). No caso do Peru, em 2004, 45% das usuárias da abstinência periódica não conheciam o ciclo ovulatório, ou seja, estavam, também, sujeitas à utilização incorreta do método (INEI, 2005).

Além da informação, o acesso constitui ponto decisivo para o controle e/ou planejamento da fecundidade. Isto é especialmente importante para os grupos populacionais menos favorecidos, que possuem maiores restrições à obtenção, no setor privado, do método para controle de sua

fecundidade. Pensando nos dois países aqui avaliados, observa-se que no Peru o poder público é o principal provedor de métodos contraceptivos, sendo responsável por 71% do fornecimento em 2004 – considerando o total de mulheres usuárias de métodos modernos (INEI, 2005). No caso da Bolívia, embora com uma cobertura menor do que aquela observada no Peru, há de se destacar o aumento da participação do setor público na provisão de métodos contraceptivos modernos para a população total, tendo o percentual subido de 42% em 1998 para 57% em 2003 (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004). Ressalta-se que o acesso limitado a serviços de saúde em ambos os países constitui o principal dificultador do acesso aos métodos contraceptivos nos países analisados, o que encontra-se intimamente associado aos altos níveis de mortalidade materna existentes nos mesmos (CEPAL, 2005; Monte, Lazo & Magalhães, 2006).

Os pontos abordados nesse item referem-se a questões centrais para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. De um lado, por apontarem as lacunas existentes nesta garantia, que é fortemente determinada pelo nível e pela qualidade do acesso aos serviços de orientação, atenção e tratamento. De outro, por demonstrarem um dos efeitos negativos deste nível e qualidade do acesso. Os enormes custos sociais e econômicos, gerados pelo limitado acesso ao sistema de saúde pública, poderiam ser minimizados por programas efetivos de planejamento da fecundidade que conseguissem abarcar todos os estratos socioeconômicos, dado que são as mulheres menos escolarizadas e com menor nível de riqueza as mais vitimadas por estes dois problemas (Monte, Lazo & Magalhães, 2006).

Um último ponto a ser abordado neste subitem, e que se encontra intimamente vinculado ao que foi comentado acima, refere-se à magnitude da demanda por contracepção e também à satisfação ou não desta demanda. Este pode ser considerado um indicador central em termos de saúde reprodutiva, dado que demonstra em que medida as preferências reprodutivas das mulheres vêm sendo atendidas em cada país. Bolívia e Peru possuem níveis semelhantes de demanda total por contracepção – 81% e 82,4%, respectivamente – e também se assemelham no sentido de que a maior parte da demanda é para limitar os nascimentos, ou seja, para controlar a fecundidade e não para planejá-la (Westoff, 2006). Por outro lado, a parcela desta demanda que vem ou não sendo atendida constitui diferencial importante entre esses dois países, conforme pode ser observado na Tabela 1. Esta tabela demonstra não somente níveis de demanda insatisfeita bem mais elevados para a Bolívia como também um peso relativo grande para a demanda insatisfeita por contracepção para limitar, vis-à-vis o observado no Peru, sugerindo piores condições de acesso ao direito de decisão sobre os níveis e condições de fecundidade para as mulheres na Bolívia.

Avaliando a evolução temporal dos níveis de demanda insatisfeita por contracepção, vê-se não só que estes sempre foram maiores na Bolívia como também que neste país a queda dos referidos níveis vem se dando em ritmo bem menos acelerado que aquele observado para o Peru. Assim, enquanto a demanda insatisfeita no Peru passou de 28% em 1986 para 9% em 2004, na Bolívia a redução foi de 36% em 1989 para 23% em 2003 (Westoff, 2006).

Tabela 1
Demanda por contracepção segundo o tipo de demanda. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Tipo de Demanda	Peru	Bolivia
Insatisfeita	**11,1%**	**28,7%**
Espaçar	3,6%	7,4%
Limitar	7,5%	21,3%
Satisfeita	**88,9%**	**71,3%**
Espaçar	27,7%	19,3%
Limitar	61,2%	52,0%

Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.
Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Considerando o local de residência, tanto para Bolívia quanto para Peru maiores níveis de demanda insatisfeita foram encontrados nas áreas rurais – 30% e 12%, respectivamente – vis-à-vis os níveis encontrados nas áreas urbanas, onde a demanda insatisfeita da Bolívia apresenta-se três vezes maior que aquela apresentada para o Peru – 18% e 7%, respectivamente. Westoff atribui as diferenças rural-urbano a fatores como a acessibilidade diferenciada aos serviços de planejamento da fecundidade, o desejo de mais filhos nas áreas rurais e os níveis de escolaridade mais elevados, observados nas áreas urbanas. Implícita nesta colocação está a idéia de que a difusão de novas práticas e demandas reprodutivas, como o controle da fecundidade, encontra-se relacionada também com o nível de escolaridade da mulher, o que vai ao encontro do fato de que a queda da fecundidade nos países aqui analisados ocorreu primeiramente entre as mulheres com maior escolaridade (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.; Westoff, 2006).

Os diferenciais até aqui apontados demonstram que tanto para a Bolívia quanto para o Peru o nível de escolaridade, juntamente com o local de residência, constituem fatores chave para diferenciar as mulheres e, portanto, para as campanhas e programas de planejamento da fecundidade. O primeiro por ser um indicador também do nível econômico da mulher e por determinar, em certa medida, a capacidade de a mulher de-

codificar e assimilar as informações recebidas acerca de sua saúde e do planejamento de sua fecundidade. O segundo por estar associado, na maioria dos casos, a diferentes níveis de acesso aos serviços de planejamento da fecundidade e também a formas e ritmos diferenciados de aceitação de novos valores e normas de conduta, dos quais o controle da fecundidade faz parte.

Por outro lado, o conjunto de informações discutido reitera as diferenças existentes entre os dois países avaliados, com a Bolívia apresentando condições mais desfavoráveis em todos os indicadores mostrados. Segundo Westoff (2006), Peru e Bolívia encontrariam-se em dois subgrupos distintos, juntamente com outros países da América Latina e Caribe. De um lado o Peru que, tal qual Brasil, Colômbia e República Dominicana, seria caracterizado pela baixa demanda insatisfeita e pela elevada prevalência do uso de contraceptivos. Do outro lado a Bolívia, caracterizada por estimativas mais altas de demanda insatisfeita, juntamente com a Guatemala e o Haiti.

Esse conjunto de semelhanças e diferenças, somado à pequena quantidade de estudos no campo da saúde sexual e reprodutiva para os dois países aqui avaliados, em comparação à quantidade encontrada para outros países da América Latina, justifica o estudo aqui realizado. Pretende-se com ele apresentar uma proposta de análise que vá além da mensuração dos níveis de fecundidade, prevalência do uso de métodos e níveis de demanda contraceptiva.

Num contexto em que cada vez mais, a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos emerge como tema que merece atenção dentro do campo das políticas públicas e programas de saúde, a identificação de fatores que aumentem ou diminuam as chances da mulher possuir uma demanda insatisfeita por contracepção é essencial. Tal ponto é verdadeiro seja dentro do conjunto de abordagens para a avaliação dos programas e políticas existentes, seja para o direcionamento de programas para grupos específicos, que garantam a equidade no acesso aos serviços de planejamento da fecundidade e a diminuição dos níveis de mortalidade materna. Esta última gerada tanto por gravidezes não planejadas quanto pela prática do aborto em condições inseguras, bastante recorrentes em países menos desenvolvidos.

Feitas todas estas considerações apresenta-se, a seguir, uma breve explanação acerca dos dados utilizados e da metodologia empregada.

Dados e Metodologia

Neste estudo, utilizam-se os dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) realizados para Bolívia no ano 2003 e para Peru no período 2004 – 2005. Por utilizar um questionário padronizado, a DHS permite

a comparação de várias características entre mulheres de diferentes países, como é o caso proposto aqui.

No caso do Peru, os dados foram coletados utilizando-se a última versão da DHS, na qual a coleta é realizada no decorrer do período 2004 – 2008, dividindo o número de domicílios a serem entrevistados entre os cinco anos componentes do período em questão, ao invés de proceder à coleta qüinqüenal. Destaca-se que uma das vantagens desta nova forma de coleta é que ela permite a obtenção de informações anuais e a acumulação dos dados coletados em cada ano, possibilitando, assim, a elaboração de indicadores mais robustos (INEI, 2007).

Em ambos os inquéritos, a variável *demanda por contracepção* foi construída a partir da definição de Westoff & Ochoa (1991), utilizada nos inquéritos DHS (Westoff, 2006). Essa definição, apresentada na parte introdutória desse estudo, é também a que adotamos aqui. Conforme anteriormente mencionado, em nossa análise consideramos somente as mulheres casadas ou unidas, férteis, sexualmente ativas e com idades entre 15 e 49 anos, somando um total de 5.796 mulheres peruanas e 8.734 mulheres bolivianas. A categorização *demanda satisfeita* e *demanda insatisfeita* foi aplicada à variável resposta, denominada *demanda por contracepção.* Adicionalmente, no modelo foi considerado um conjunto de variáveis demográficas e socioeconômicas que, segundo aponta a literatura, pode estar relacionado com o tipo de demanda por contracepção.

A análise compreende o uso de estatísticas descritivas e a aplicação de técnicas multivariadas, usando-se o pacote SPSS 13.0. Utiliza-se o modelo de regressão logística multivariado com a finalidade de testar a associação existente entre o tipo de demanda por contracepção e as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de conhecimento consideradas no presente artigo. Os coeficientes mostrados nas tabelas referem-se ao risco relativo de a entrevistada ter demanda insatisfeita por contracepção, em comparação com uma categoria de referência definida para cada variável.

Foram ajustados três modelos para cada país: um para o total de mulheres, um para as mulheres casadas e um para aquelas unidas. A variável *filhos não desejados* foi calculada a partir da diferença entre o número ideal de filhos declarado pela mulher e sua parturição observada, sendo classificada como tendo filhos não desejados aquela mulher cujo número ideal de filhos apresentou-se menor do que sua parturição no momento da entrevista.

Principais Resultados

Estatísticas Descritivas

A Tabela 2 mostra a distribuição das mulheres peruanas e bolivianas, segundo a sua situação de demanda por contracepção e características selecionadas. Primeiramente, observa-se que, conforme mencionado na parte 2 desse trabalho, o percentual de mulheres com demanda insatisfeita foi maior na Bolívia do que no Peru. Tal situação permanece mesmo se considerarmos os grupos de mulheres casadas e o de unidas separadamente.

Embora a maior parte da demanda insatisfeita, considerando o total de mulheres, esteja concentrada entre as idades de 20 e 39 anos, destaca-se a diferença significativa deste percentual, quando desagregamos os grupos entre mulheres casadas e unidas, com a demanda insatisfeita – e também satisfeita - das unidas, tanto no Peru quanto na Bolívia, atingindo percentuais bem mais elevados que aqueles observados para as mulheres casadas. Para as mulheres unidas, o grupo etário de 15 a 29 anos é responsável por mais da metade da demanda insatisfeita por contracepção. Esta elevada proporção de mulheres jovens unidas com demanda insatisfeita aponta para a necessidade de uma atenção especial para este grupo etário, por parte dos programas de planejamento familiar em ambos os países. Isto é especialmente importante se levarmos em consideração o fato de que estas mulheres encontram-se ainda no início de sua vida reprodutiva, tendo, por isso, um longo período de tempo para se expor ao risco de gravidezes indesejadas e a todas as conseqüências negativas deste fato.

No Peru, a língua predominante entre as mulheres entrevistadas (casadas ou unidas) foi o espanhol, sendo que somente 18% das mulheres com demanda insatisfeita falavam uma outra língua diferente desta. Por outro lado, observa-se que na Bolívia mais da metade das mulheres casadas (55%) e unidas (72%) com demanda insatisfeita falavam uma outra língua que não o espanhol.

Em ambos os países, observou-se um elevado percentual de mulheres casadas com demanda insatisfeita que residiam em áreas rurais, sendo este percentual mais elevado para a Bolívia do que para o Peru – 53% contra 49%, respectivamente. Essa desvantagem observada para as mulheres residentes das áreas rurais permanece mesmo quando se considera os grupos de casadas e unidas, separadamente. É possível que o percentual mais elevado de mulheres com demanda insatisfeita em regiões rurais esteja associado a uma maior valorização dos filhos neste tipo de sociedades, em sua maioria de base agrícola, onde uma maior prole contribui como mão-de-obra para o trabalho agrícola e, portanto, para a subsistência familiar. Também deve se considerar que, em ambos os paí-

ses, a exemplo do que se observa em outras localidades, os custos inerentes à pratica contraceptiva são mais altos em áreas que se encontram distantes das grandes cidades, o que justificaria, também, uma maior demanda insatisfeita nas áreas rurais, vis-à-vis o observado nas áreas urbanas. Além disso, os teóricos que defendem o processo de difusão como um dos responsáveis pela mudança de valores e de práticas, dentre elas a prática contraceptiva, argumentam que esse processo atinge primeiramente as áreas urbanas e os estratos de maior renda e escolaridade, para somente depois se expandir para as áreas rurais e para grupos menos escolarizados e de menor nível de renda. Este argumento poderia também justificar, em parte, a maior demanda insatisfeita observada nestas áreas.

O nível de escolaridade apresenta-se como uma variável importante para a presente análise, sendo um dos fatores que pode possibilitar o acesso e a decodificação das informações sobre a obtenção e também o uso dos métodos contraceptivos. Além disso, pode definir, em alguma medida, tanto a posição social da mulher quanto diferenças na sua capacidade de visualizar as motivações para tomar as decisões sobre o planejamento de sua fecundidade. Analisando a Tabela 2, vê-se que tanto para Peru como para Bolívia o nível de escolaridade difere consideravelmente entre as mulheres. Em ambos os países, a maior proporção de mulheres com demanda insatisfeita por contracepção alcançou como nível máximo a escolaridade primaria – 42,5% no Peru e 65% na Bolívia. Esta tendência foi observada tanto para as mulheres casadas como para aquelas unidas. Destaca-se que na Bolívia mais de 60% das mulheres (casadas ou unidas) com demanda insatisfeita por contracepção tinham no máximo o nível de escolaridade primário. Quanto ás mulheres com demanda por contracepção satisfeita, tem-se que, em termos relativos, o percentual de mulheres com nível de escolaridade superior chegou a ser quase dobro do percentual observado para as mulheres com demanda insatisfeita. Na medida em que o grau de escolaridade aumenta, a proporção de mulheres com demanda insatisfeita diminui.

Um resultado que chamou a atenção em ambos os países foi o elevado percentual de mulheres que, independente da situação conjugal e do tipo de demanda, não conheciam o ciclo de ovulação - mais de 50% das entrevistadas. Destaca-se que tanto no Peru como na Bolívia o percentual de mulheres unidas sem conhecimento do ciclo de ovulação foi maior que no grupo das mulheres casadas (acima do 70% em ambos casos). Conforme mencionado anteriormente, esse é um resultado significativo, se consideramos a importância dos métodos tradicionais dentre aqueles utilizados pelas mulheres para o planejamento e controle de sua fecundidade (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004; INEI, 2005).

No que se refere à escolaridade do parceiro, existe uma diferença entre ambos os países, tendo sido mais elevado o nível de escolaridade dos parceiros das mulheres com demanda insatisfeita por contracepção

no Peru do que na Bolívia. Quarenta e dois por cento das mulheres peruanas tinham parceiros com nível de escolaridade secundário, enquanto que 58% das mulheres bolivianas com demanda insatisfeita tinham parceiros com um nível de escolaridade primário. Tal qual é observado na relação entre nível de escolaridade das mulheres e demanda insatisfeita por contracepção, em ambos os países, na medida que aumenta a escolaridade do parceiro o percentual de mulheres com demanda insatisfeita diminui.

Além das mulheres peruanas - assim como seus parceiros - terem um maior nível de escolaridade do que as mulheres bolivianas, outro ponto favorável a este país é que o percentual de mulheres peruanas com demanda insatisfeita, que discute com uma maior freqüência planejamento familiar com seus parceiros é ligeiramente maior que aquele observado na Bolívia - 13% e 11% , respectivamente. Para ambos os países, os percentuais de mulheres - casadas ou unidas - com demanda satisfeita por contracepção, que discutem planejamento familiar com o parceiro são quase o dobro daqueles verificados para as mulheres com demanda insatisfeita. Este último ponto vai ao encontro de outros estudos que apontam para o diálogo com o parceiro como um fator protetor, passível de contribuir positivamente com a efetivação do desejo reprodutivo da mulher, na medida em que pode contribuir com a redução das disparidades de poder nas relações entre homem e mulher.

Um último ponto considerado na Tabela 2 é a distribuição das mulheres segundo classificação por demanda contraceptiva e nível de riqueza. Em ambos países, mais da metade das mulheres com demanda insatisfeita por contracepção pertence aos quintis de riqueza mais baixos (Pobre Extremo/Pobre), ou seja, sem considerar outras variáveis importantes, a pobreza, tal qual os níveis de escolaridade, mantém uma relação direita com a demanda insatisfeita.

Para além das características individuais das mulheres com algum tipo de demanda por contracepção, alguns autores observam, nos dois países, uma grande desigualdade na cobertura dos serviços de educação e de saúde e, por conseguinte, no acesso aos programas de planejamento familiar, geralmente integrados a estes últimos. Tendo como foco os objetivos desse estudo, importa considerar que, em contradição a essa observação, o governo exerce papel importante na distribuição de métodos contraceptivos modernos à população tanto na Bolívia quanto –e sobretudo– no Peru, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 2 (continua)

Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003.

Características	Peru						Bolívia					
	Todas		Casadas		Unidas		Todas		Casadas		Unidas	
	N =	5.796	N =	2.920	N =	2.876	N =	8.734	N =	5.794	N =	2.940
	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita
	5.113	683	2.642	278	2.471	405	6.250	2.484	4.259	1.535	1.991	949
Idade												
15-19	2,9%	6,6%	0,7%	1,3%	5,4%	10,6%	3,1%	5,7%	1,0%	1,0%	8,2%	13,6%
20-29	26,6%	29,1%	15,4%	12,6%	39,5%	41,6%	34,7%	38,8%	27,1%	32,3%	52,1%	49,7%
30-39	42,7%	40,6%	45,2%	47,1%	39,8%	35,6%	40,2%	35,1%	44,9%	40,7%	29,4%	25,8%
40-49	27,8%	23,7%	38,7%	39,1%	15,3%	12,2%	22,0%	20,4%	27,0%	26,1%	10,3%	10,9%
Língua Materna												
Espanhol	90,0%	82,4%	88,4%	79,8%	91,8%	84,4%	30,5%	38,7%	33,6%	45,2%	23,4%	27,9%
Outros	10,0%	17,6%	11,6%	20,2%	8,2%	15,6%	69,5%	61,3%	66,4%	54,8%	76,6%	72,1%
Local de Residência												
Urbano	66,5%	49,6%	68,9%	50,8%	63,9%	48,6%	70,9%	52,7%	70,8%	46,9%	70,8%	62,5%
Rural	33,5%	50,4%	31,1%	49,2%	36,1%	51,4%	29,1%	47,3%	29,2%	53,1%	29,2%	37,5%
Educação												
Sem educação	4,0%	8,6%	4,5%	10,1%	3,5%	7,5%	4,9%	12,2%	5,5%	14,3%	3,6%	8,7%
Primaria	32,3%	42,5%	30,5%	37,0%	34,3%	46,7%	52,6%	64,6%	49,4%	63,7%	60,2%	65,8%
Secundaria	39,7%	34,4%	34,3%	32,8%	45,9%	35,7%	29,5%	19,0%	28,6%	16,3%	31,6%	23,5%
Superior	23,9%	14,5%	30,7%	20,2%	16,2%	10,0%	12,9%	4,3%	16,5%	5,7%	4,6%	1,9%
Parturição												
0	2,3%	4,8%	1,4%	0,8%	3,3%	7,5%	2,1%	4,6%	1,2%	2,4%	4,2%	8,2%
1	19,5%	16,5%	13,0%	9,3%	26,8%	21,9%	15,3%	13,4%	11,8%	9,3%	23,3%	20,4%
2	26,0%	21,7%	27,8%	23,2%	23,9%	20,6%	22,0%	16,5%	21,6%	14,5%	22,8%	20,0%
>3	52,3%	57,0%	57,8%	66,7%	46,0%	50,0%	60,7%	65,5%	65,4%	73,9%	49,7%	51,5%

Fonte dos dados básicos: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.

Notas: n.a. = não aplicável, (1) Reposta não numérica. Valores de N não ponderados. Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Tabela 2 (conclusão)

Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003.

	Peru						Bolívia					
	Todas		Casadas		Unidas		Todas		Casadas		Unidas	
	N =	5.796	N =	2.920	N =	2.876	N =	8.734	N =	5.794	N =	2.940
	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita
	5.113	683	2.642	278	2.471	405	6.250	2.484	4.259	1.535	1.991	949
Conhecimento do ciclo ovulatório												
Conhece	40,8%	27,6%	44,2%	33,6%	36,9%	23,2%	47,1%	24,8%	49,9%	24,7%	40,5%	25,0%
Não conhece	59,2%	72,4%	55,8%	66,4%	63,1%	76,8%	52,9%	75,2%	50,1%	75,3%	59,5%	75,0%
Teve filhos não desejados?												
Sim	66,0%	68,5%	70,8%	76,8%	60,5%	62,3%	69,1%	74,4%	72,3%	77,7%	61,6%	68,9%
Não	33,7%	30,5%	28,8%	21,5%	39,3%	37,1%	29,0%	22,5%	25,7%	17,8%	36,8%	30,4%
Outra[(1)]	0,3%	1,1%	0,4%	1,7%	0,2%	0,6%	1,9%	3,1%	2,0%	4,4%	1,6%	0,8%
Educação do Parceiro												
Sem educação	0,8%	1,4%	0,7%	2,1%	0,9%	0,9%	1,1%	2,7%	0,9%	2,8%	1,6%	2,6%
Primaria	24,3%	36,3%	24,2%	37,0%	24,3%	35,6%	42,5%	58,5%	40,6%	60,5%	47,0%	55,2%
Secundaria	46,0%	42,2%	39,2%	33,2%	53,7%	48,8%	37,9%	28,6%	36,1%	25,7%	42,1%	33,4%
Superior	29,0%	20,1%	35,9%	27,7%	21,1%	14,7%	16,8%	6,7%	20,9%	7,6%	7,3%	5,1%
Não Conhece	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a.	n.a.	1,6%	3,4%	1,5%	3,4%	2,0%	3,7%
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?												
Nunca	17,0%	28,2%	17,9%	28,3%	15,9%	28,0%	8,6%	26,1%	8,1%	28,6%	9,7%	21,9%
Uma ou duas vezes	60,8%	58,9%	59,8%	59,5%	61,9%	58,8%	68,0%	63,1%	67,8%	62,4%	68,5%	64,4%
Com maior Freqüência	22,2%	12,9%	22,3%	12,2%	22,2%	13,2%	23,4%	10,8%	24,0%	9,0%	21,9%	13,7%
Quintil de Riqueza												
Pobre Extremo/Pobre	33,1%	54,4%	28,6%	48,9%	38,2%	58,4%	30,5%	50,7%	28,9%	53,5%	34,0%	46,0%
Media	22,6%	15,3%	18,5%	16,0%	27,3%	14,7%	21,4%	22,3%	18,9%	19,6%	27,1%	26,9%
Rico/Extremamente Rico	44,3%	30,3%	52,9%	35,0%	34,4%	26,9%	48,1%	27,0%	52,1%	26,9%	38,9%	27,1%

Fonte dos dados básicos: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.

Notas: n.a. = não aplicável, (1) Reposta não numérica. Valores de N não ponderados. Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Tabela 3
Fontes de obtenção de método pelas usuárias de métodos modernos contempladas no estudo. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Fonte	Peru	Bolivia
Governo	76,7%	59,6%
Setor Privado	21,3%	35,1%
ONG	1,0%	3,9%
Outros	1,0%	0,9%
Não Sabe	0,0%	0,5%
Total	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.
Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Na prática, a grande importância do setor público na provisão de métodos contraceptivos modernos aumenta a importância de políticas de planejamento da fecundidade bem desenhadas e abrangentes, capazes de contemplar a diversidade sociodemográfica da população e evitar que a grande dependência em relação ao governo coloque em situação de maior vulnerabilidade aquelas mulheres que, por diferentes motivos, encontrem maiores dificuldades de acioná-lo para a obtenção do método contraceptivo desejado. Isso torna-se especialmente relevante quando se trata de mulheres que não tenham condições de obtê-lo no setor privado que, como se vê na Tabela 3, desempenha papel também importante, sobretudo na Bolívia, onde o peso relativo exercido por esse setor é mais que 50% superior àquele observado para o Peru.

No que tange ao tipo de método utilizado, a Tabela 4 apresenta os percentuais para cada país, desagregados também conforme a situação conjugal da entrevistada. Aqui, observa-se que em ambos os países o maior percentual de não usuárias de método está entre as entrevistadas unidas, valendo ressaltar, ainda, que o uso de outros métodos que não os tradicionais ou modernos – os comumente chamados de folclóricos - é maior entre as Peruanas do que entre as Bolivianas.

Dentre os métodos contraceptivos mencionados pelas usuárias, destaca-se a abstinência periódica como o mais recorrente para todos os grupos, com exceção daquele composto pelas mulheres unidas no Peru, onde o percentual de usuárias de pílula é ligeiramente superior àquele observado para a abstinência. Tal constatação vem reforçar a importância do conhecimento do ciclo ovulatório para a garantia do sucesso do planejamento da fecundidade praticado por uma parcela significativa das mulheres consideradas nesse estudo.

Quanto às usuárias de métodos contraceptivos modernos, no Peru a injeção é o mais freqüente, seguido pela esterilização feminina e pelo

preservativo masculino. Interessante mencionar que a importância desses métodos varia conforme a situação conjugal das mulheres, sendo que no caso das casadas o método mais recorrente é a esterilização feminina – o único método contraceptivo irreversível para a mulher. Na Bolívia, diferentemente, o DIU foi o mais mencionado pelo grupo analisado, seguido pela injeção e pela esterilização feminina. Novamente, observa-se uma variação segundo a situação conjugal, sendo que para o grupo de mulheres unidas a injeção figura como o método contraceptivo moderno mais recorrente.

Tabela 4
Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de método contraceptivo utilizado e união

Tipo de Método	Peru			Bolívia		
	Casadas	Unidas	Total	Casadas	Unidas	Total
Não utiliza	9,1%	13,3%	11,1%	26,5%	33,4%	28,7%
Modernos						
Pílula	7,1%	10,9%	8,9%	3,8%	5,4%	4,4%
DIU	7,7%	7,7%	7,7%	13,6%	10,0%	12,5%
Injeção	12,0%	21,2%	16,4%	8,3%	12,7%	9,7%
Preservativo Masculino	13,3%	8,3%	10,9%	4,9%	4,4%	4,7%
Esterilização Feminina	17,6%	8,8%	13,4%	9,2%	5,2%	8,0%
Outros (1)	2,3%	1,7%	2,0%	2,9%	4,4%	3,4%
Tradicionais						
Abstinência Periódica	23,7%	20,3%	22,1%	25,4%	20,0%	23,7%
Coito Interruptus	5,4%	5,4%	5,4%	5,0%	3,9%	4,6%
Método Especifico (país)	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Outros Métodos(2)	1,8%	2,4%	2,1%	0,2%	0,3%	0,2%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: DHS Peru, 2004 -2008. DHS Bolívia, 2003.

Notas. '(1) Inclui Esterilização masculina, Norplant, Amenorréia de Lactância, Espuma o Gel e Preservativo feminino. (2) Métodos Folclóricos. Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

No subitem seguinte, seguem algumas descrições da análise multivariada realizada.

Análise Multivariada

A Tabela 5 mostra os resultados dos modelos ajustados para Peru e Bolívia, respectivamente. Nela, podemos observar similitudes entre os dois países, no que tange a algumas das características consideradas. Uma delas é que o conhecimento do ciclo ovulatório mostrou-se uma característica importante, em termos da diferenciação entre mulheres com e sem demanda insatisfeita, para as mulheres em ambos os países e independentemente do tipo de união na qual elas se encontrem. Segundo sugerem todos os modelos gerados, o adequado conhecimento do ciclo de ovulação por parte das mulheres reduz suas chances de apresentarem demanda insatisfeita por contracepção. Este resultado corrobora a relação positiva entre o conhecimento do próprio corpo e a utilização de mecanismos de planejamento da fecundidade, demonstrada por estudos realizados para outros países. Trata-se de um resultado especialmente importante, no caso dos dois países aqui considerados, dada a relevante prevalência do uso de métodos contraceptivos tradicionais, especialmente da abstinência periódica. Este indicativo deve ser observado com atenção quando do planejamento de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva.

Tal qual observado no caso do conhecimento do ciclo ovulatório, independentemente do tipo de união, a chance da mulher experimentar demanda insatisfeita por contracepção diminui com o aumento da freqüência de discussão sobre planejamento familiar com o marido ou companheiro. Tomada a discussão entre o casal como indicador de maior ou menor equidade, a permanência do efeito desta variável mesmo na presença de outras consideradas relevantes para o estudo da demanda por contracepção constitui um resultado importante. Isto, sobretudo se considerarmos o diálogo como ferramenta focal na busca de relações mais horizontalizadas entre homens e mulheres, que permitam a negociação sexual e a efetivação plena dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. Destaca-se, a este respeito, que a discussão sobre planejamento familiar tem sido sugerida como uma ferramenta de política viável na redução das disparidades nas intenções de fecundidade dos casais em países em desenvolvimento, pois se espera que esta discussão contribua para o aumento da prevalência contraceptiva.

Outra semelhança encontrada entre os dois países analisados é que, considerando todas as mulheres e mantidas as demais variáveis constantes, acima dos 30 anos o risco de se ter demanda insatisfeita por contracepção diminui gradualmente na medida que a idade aumenta. Desagregando as mulheres entre casadas e unidas, por outro lado, observa-se que em ambos os países este efeito se mantem somente para as mulheres unidas – inclusive para aquelas de 20 a 29 anos.

Também a relação entre *local de residência* e *demanda insatisfeita por contracepção* manteve-se para o total de mulheres tanto no Peru quanto na Bolívia, mesmo quando se controla a demanda também por outras variáveis. Mantem-se, portanto, a situação observada na análise descritiva simples, qual seja: a residência em áreas rurais aumenta o risco de se ter demanda insatisfeita por contracepção. Considerando a situação conjugal, as mulheres unidas no Peru, assim como aquelas casadas na Bolívia, se residentes em áreas urbanas seguem apresentando uma chance menor de ter demanda insatisfeita, em comparação com aquelas residentes em áreas rurais.

Levando em conta a *parturição,* observa-se que em ambos os países, para o total de mulheres, a chance de ter demanda insatisfeita por contracepção diminui na medida que a ordem de parturição aumenta. Este resultado é consistente com estudos anteriores que apontaram o aumento do controle da fecundidade entre as mulheres na medida que o seu número de filhos aumenta e elas vão atingindo o tamanho ideal de família.

No Peru, quando controlada por outros fatores, o fato da mulher ter tido *filhos não desejados* não apresentou associação com a demanda insatisfeita por contracepção, independente do tipo de união das mulheres, com exceção das entrevistadas que deram respostas não numéricas a essa pergunta – categoria *Outra.* De forma contrária, ter tido filhos não desejados mostrou-se relevante entre as mulheres bolivianas. Neste caso, a chance de ter demanda insatisfeita foi menor entre aquelas mulheres que não tiveram filhos indesejados do que entre aquelas que tiveram filhos indesejados.

No que se refere à escolaridade da mulher, os resultados sugerem que na Bolívia, tanto para o grupo de mulheres casadas como para aquelas unidas, a chance de ter demanda insatisfeita diminui na medida que o nível de escolaridade aumenta. O panorama é completamente diferente no Peru, onde esta característica não apresenta relação com a demanda insatisfeita por contracepção, com exceção do grupo das mulheres unidas com nível de escolaridade secundário, as quais têm uma chance menor de ter demanda insatisfeita do que as mulheres que não têm escolaridade alguma. Estes resultados são interessantes na medida em que demonstram que a relação entre escolaridade e demanda por contracepção, tão marcante também para o Peru nos cruzamentos simples, perde importância na presença de outras variáveis explicativas relacionadas a este fenômeno. Tomada a escolaridade enquanto indicador de nível de riqueza, de capacidade de aquisição, compreensão de informação e transformação desta em efetivação do desejo reprodutivo, o resultado acima aponta para a necessidade de considerar outros fatores igualmente importantes na determinação do uso de contraceptivos, dentre os quais se destaca, em consonância com o apresentado na análise descritiva, a importância do governo enquanto provedor de métodos contraceptivos modernos às usuárias – sobretudo àquelas residentes no Peru.

Tabela 5
Razão de chances dos modelos de regressão logística multivariada ajustados para a demanda insatisfeita por contracepção das mulheres peruanas e bolivianas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Característica	Peru			Bolívia		
	Total	Casadas	Unidas	Total	Casadas	Unidas
Idade						
15-19	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
20-29	0,581 ***	0,586	0,632 *	0,878	1,383	0,713 *
30-39	0,436 ***	0,726	0,410 ***	0,640 ***	0,996	0,530 ***
40-49	0,352 ***	0,598	0,350 ***	0,586 ***	0,857	0,638 *
Local de Residência						
Urbano	0,654 ***	0,691 *	0,601 ***	0,729 ***	0,654 ***	0,880
Rural	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Educação						
Sem educação	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Primaria	0,796	0,877	0,661	0,638 ***	0,698 ***	0,554 ***
Secundaria	0,660 *	0,868	0,484 ***	0,444 ***	0,412 ***	0,469 ***
Superior	0,639	0,812	0,507	0,330 ***	0,349 ***	0,316 ***
Parturição						
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1	0,478 ***	0,823	0,437 ***	0,375 ***	0,262 ***	0,449 ***
2	0,404 ***	0,669	0,366 ***	0,267 ***	0,186 ***	0,329 ***
>3	0,582 *	0,864	0,591	0,273 ***	0,186 ***	0,337 ***
Conhecimento do ciclo ovulatório						
Conhece	0,637 ***	0,617 ***	0,658 ***	0,596 ***	0,533 ***	0,733 ***
Não conhece	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Teve filhos não desejados?						
Sim	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Não	0,987	0,976	0,977	0,708 ***	0,783 *	0,617 ***
Outra[(1)]	2,376 ***	3,226 *	1,460	1,175	1,426	0,379 *
Educação do Parceiro						
Sem educação	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Primaria	0,830	0,541	1,735	0,654 *	0,594 *	0,742
Secundaria	0,811	0,452	1,827	0,576 ***	0,520 ***	0,673
Superior	0,763	0,448	1,698	0,548 ***	0,480 ***	0,772
Não Sabe	n.a.	n.a	n.a	0,979	0,865	1,117
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?						
Nunca	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Uma ou duas vezes	0,633 ***	0,669 ***	0,633 ***	0,379 ***	0,322 ***	0,506 ***
Com maior Freqüência	0,432 ***	0,438 ***	0,446 ***	0,227 ***	0,181 ***	0,335 ***

*Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003. * p<0,05. ***p<0,01.*
Nota: n.a. = não aplicável.

Por fim, uma outra característica incluída nos modelos gerados e que é apontada como passível de afetar a demanda insatisfeita por contracepção da mulher é o *nível de escolaridade do parceiro.* Contrariando este apontamento, os resultados sugerem a ausência desta associação para as mulheres peruanas, independentemente do tipo de união em que elas se encontrem. Por outro lado, o *nível de escolaridade do parceiro* mos-

trou-se associado com a demanda insatisfeita por contracepção das mulheres bolivianas casadas. Entre estas, na medida que a escolaridade do parceiro aumenta, a chance de apresentar demanda insatisfeita por contracepção diminui.

Algumas considerações à luz dos resultados

Conforme apontaram os resultados, a análise descritiva sugeriu várias semelhanças entre Peru e Bolívia, no que concerne ao efeito de algumas variáveis selecionadas sobre a distribuição da demanda por contracepção das mulheres, com piores resultados, na maioria dos casos, para a Bolívia. A análise multivariada, por outro lado, apontou para a existência de algumas distinções entre estes dois países, no que concerne ao efeito de determinados fatores sobre a demanda insatisfeita por contracepção.

Dentre estas distinções destaca-se que, embora em ambos os países as mulheres com maior escolaridade tenham apresentado uma menor demanda insatisfeita por contracepção, quando controlados por outros fatores, não somente a escolaridade da mulher, como também a de seu marido ou companheiro deixam de ser características relevantes para explicar a demanda insatisfeita das mulheres no Peru, permanecendo o poder explicativo dessas duas variáveis, no caso da Bolívia. Tal situação novamente nos remonta à importância da presença do governo, enquanto principal provedor de métodos contraceptivos, como uma forma de amenizar o efeito perverso que os diferenciais sociodemográficos podem exercer sobre a satisfação da demanda por contracepção. Reforça-se, assim, a necessidade de ter a equidade no acesso como uma meta a ser perseguida no delineamento de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens nos países analisados.

Outro resultado que chama a atenção, em virtude do grande peso da abstinência sexual como prática contraceptiva nos dois países, é o grande percentual de mulheres que não possuíam, na época da pesquisa, um conhecimento adequado do ciclo ovulatório. Novamente, reforça-se a necessidade de observância das reais motivações para a adoção dessa prática – se uma escolha livre e esclarecida das entrevistadas, ou uma necessidade gerada pelo desconhecimento de outros métodos ou pela dificuldade de acesso aos mesmos. Reforça-se, ainda, a importância da disseminação de informações adequadas acerca desse ciclo, tanto por meio de campanhas informativas quanto no momento das consultas ginecológicas, momento privilegiado para o esclarecimento de dúvidas às mulheres.

Além disso, o efeito positivo da discussão de planejamento familiar com o marido ou companheiro, bem como da residência em área urbana, sobre a satisfação da demanda por contracepção, merecem tanto ser destacados quanto considerados no planejamento de políticas públi-

cas. Isto é especialmente verdadeiro quando se fala do conteúdo a ser abordado nas políticas e campanhas e do público-alvo a ser atendido. Confirma-se aqui a necessidade cada vez mais premente de considerar, nos planejamentos, a diversidade de públicos e de demandas a serem contemplados. Tal fato faz com que um aumento na cobertura dos serviços de saúde - em especial dos programas de planejamento da fecundidade – que se proponha a garantir a equidade no acesso considere, necessariamente, as disparidades entre as áreas rurais e urbanas de Peru e Bolívia.

A demanda insatisfeita por contracepção é responsável por grandes gastos em saúde pública e também por perdas sociais e humanas, na medida que é associada a gravidezes não desejadas e, conseqüentemente, a abortos clandestinos, à mortalidade materna e a condições de saúde da criança. A atualização e o aprofundamento dos estudos sobre demanda insatisfeita por contracepção em países em desenvolvimento, como o são Peru e Bolívia, faz-se de grande utilidade para a formulação de políticas de saúde. Isto é especialmente verdadeiro diante do fato de que, a exemplo do que ocorre com outros fenômenos sociais, as características associadas à demanda insatisfeita por contracepção vão mudando na medida que as sociedades vão atingindo níveis maiores de desenvolvimento e as relações entre as diversas características dos indivíduos e entre estas características e aquelas do meio onde ele está inserindo, vão se complexificando. Diante disso, espera-se que o presente estudo tenha contribuído para o aprofundamento e os avanços no debate acerca deste processo nos dois países considerados.

Notas

[1] Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional -CEDEPLAR/UFMG;
[2] Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional-CEDEPLAR/UFMG;
[3] O nível de reposição, que é de 2,1 filhos por mulher, refere-se ao número de filhos que cada mulher deve ter para que se garanta a reposição de uma geração pela outra.

Bibliografía

BONGAARTS, J., Bruce, J. (1995) "The causes of unmet need for contraception and the social content of services". *Studies in Family Planning,* v.26, n.2, p.57-75.

CALLE AGUIRRE, M. (2003) *Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia, 1998.* 2003. 136 f. Tese de Doutorado em Demografia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CANAZAS, V.M.A. (2002) "Comportamento Sexual e Reprodutivo das Jovens no Peru". Trabalho apresentado no *XIII Encontro da Associação Brasileira de Es-*

tudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002. 20 p.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2005) "Agenda Social. Políticas y programas nacionales de salud em América Latina, 2005". IN: *Panorama social da América Latina,* 2005. Disponível em: http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Cap5_AgendaSocial.pdf. Acessado em 29 de fevereiro de 2008.

DI CESARE, M. (2007) "Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe". IN: *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* - SERIE Población y Desarrollo. Santiago de Chile: 2007. 72 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), Agencia de los Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional (USAID) (2005) "Peru Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – *ENDES Continua 2004, Informe Principal.* Peru": Programa Measure DHS+/ORC Disponível em: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR174/PE04FR.pdf. Acessado em 10 de Janeiro de 2008.

LAVANDENZ, F.; Schwab, N.; Straatman, H. (2001) "Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolívia". *Revista Panamericana de Salud Pública,* Washington, vol.9, no.3.

MEASURE DHS +. (2007) "Description of the Demographic and Health Surveys" – individual recode, Data file. Agosto 2007. 139 p. Disponível em <http://www.measuredhs.com>. Acessado em 14 de Dezembro de 2007.

MONTE, S.R.S.; Lazo, A.C.G.V.; Magalhães, M.S. (2006) "Modelo Log-Poisson para a fecundidade marital no Peru". Trabalho apresentado no *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais,* ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006. 13 p.

MORELOS, F.A.J.B. (s.d.) "Población y grandes tendencias demográficas en América Latina y El Caribe". [s.d.]. Disponível em: http://www.crefal.edu.mx/bibliotecadigital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/rieda/a2003_2/francisco_alba.pdf>. Acessado em 01 mar. 2008.

RAMOS PADILLA, M. (2008) "La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de gênero". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,* Peru, vol.23, no.3, p.201-220, jul.-set. 2006. Disponível em http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342006000300010&lng=es&nrm=iso. Acessado em 29 de Fevereiro de 2008.

SARDÁN, M.G.; Ochoa, L. H.; Guerra, W.C. (2004) "Bolívia Encuesta Nacional de Demografia y Salud – ENDSA 2003". *Bolívia: Programa Measure DHS+/ORC Macro.* Disponível em: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR159/00FrontMatter.pdf>. Acessado em 10 de Janeiro de 2008.

SEDGH, G.; Bankole, A.; Singh, S.; Hussain, R. *Causes of unmet need for contraception in the developing world* (extended abstract).

WESTOFF, C. F., Ochoa, L. H. (1991) "Unmet need and the demand for family planning". *DHS Comparative Reports* No. 5. Calverton, Maryland: Macro International.

Parte II

ADOLESCENCIA:
CULTURA, RIESGOS Y REPRODUCCIÓN:
CÓMO INTERVENIR PARA MEJORAR LA SSR

REPRODUCCIÓN EN LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ¿UNA ANOMALÍA A ESCALA MUNDIAL?

Jorge Rodríguez Vignoli[1]

Introducción y justificación

Durante la pubertad o adolescencia temprana (típicamente entre los 10 y los 13 años) se inician los cambios orgánicos que conducen, para la mayoría de las personas, a la configuración del cuerpo adulto, el despertar sexual y la adquisición de la capacidad de procrear. Durante esta fase[2], pero más marcadamente durante la adolescencia media (típicamente entre los 14 y los 17 años) y tardía (típicamente entre los 18 y los 19 años), estas fuerzas biológicas desbordantes y novedosas para los muchachos y muchachas se enfrentan con normativas desplegadas por instituciones que procuran mantener a las personas en el proceso de formación social (en particular el escolar), controlar los impulsos sexuales (sea su intensidad o el contexto donde se permiten) y establecer límites precisos (a veces legales) de lo que es aceptable en materia de nupcialidad y reproducción.[3] Esta densa interacción biológica-social se torna aún más compleja por la intervención de procesos sicológicos muy poderosos que se desatan en la adolescencia y que se vinculan con el desafío de formar una identidad propia. En este contexto, los y las adolescentes tienden a tomar distancia de referentes de autoridad como los padres y las instituciones de adultos, y en contrapartida, propenden a incrementar la valoración de otros referentes, como los grupos de pares o las subculturas. Y entre estos dos referentes suelen haber diferencias marcadas, en particular en materia de mensajes relativos a la sexualidad y la reproducción. Por cierto, esta rebelión contra la autoridad adulta tiene especificidades individuales y culturales, por lo cual el grado de distanciamiento de los adolescentes respecto de los cánones impuestos por la sociedad adulta y por sus familias es variable.

A todo lo anterior, se añade que esta reproducción apremia a los actores sociales, así como a los encargados de la toma de decisiones. Por sus implicaciones adversas para las personas envueltas directamente en este fenómeno –en principio, la díada progenitores-prole, pero cada vez más la tríada abuelos(as)-progenitores-prole(nietos)–, por su asociación con la pobreza y por los mayores riesgos de salud que implica, los gobiernos y los organismos internacionales son más proclives a juicios categóricos y a la promoción de acciones directas destinadas a reducirla[4]. Esto es aún más evidente en sociedades modernas, en las que la adolescencia es un período claramente destinado a la formación escolar. En tal sentido, no debiera extrañar la coexistencia en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) de un largo capítulo sobre derechos reproductivos en el que todos los argumentos apuntan hacia la libre decisión en esta materia, con un capítulo específico sobre los adolescentes en el que se llama a: *"Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes"*.[5] Más aún, en la reciente expansión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el No. 5 relativo al mejoramiento de la salud materna, se amplió al acceso universal a la salud reproductiva (en los términos propuestos por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994), entre cuyos indicadores se encuentra la tasa de fecundidad adolescente, con un estatus aún no completamente oficial, eso sí.[6]

Y pese a la prioridad política del tema, la evidencia disponible –sistematizada, analizada y divulgada en varias publicaciones recientes– sugiere que la fecundidad adolescente está lejos de seguir el comportamiento estilizado a la baja que ha mostrado la fecundidad de las restantes edades en América Latina desde hace varias décadas (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; Guzmán y otros, 2006; CEPAL, 2005; CEPAL-OIJ, 2004).

Por lo mismo, los países de la región tienen por delante un compromiso que cumplir. Y para hacerlo es necesario actualizar y revisar los marcos conceptuales y las cifras, indagar de manera amplia en las causas y, finalmente, identificar ámbitos de acción para las políticas públicas orientadas a influir sobre este comportamiento. Precisamente en esas líneas se procura avanzar en esta ponencia.

Antecedentes enfocados en América Latina y el Caribe

El descenso de la fecundidad general en América Latina y el Caribe se generaliza en la década de 1970, aunque se inició con bastante antelación en países como Argentina y Uruguay (Chackiel y Schkolnik, 2003). Hay consenso entre los especialistas de que esta caída se debió a una combinación de transformaciones socioeconómicas estructurales (urbanización, aumento de la educación), cambios culturales que, en alguna medida, se importaron de países desarrollados y se difundieron con rapidez

(secularización, estilos de vida, visiones sobre la reproducción) y transformaciones de los roles de género, tanto a escala social como dentro de las familias. Las políticas de planificación familiar también fueron importantes en muchos países y, sin duda, la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos modernos fue clave para la celeridad del descenso (Guzmán y otros, 2006).

Esta caída contrasta, sin embargo, con la tendencia de la fecundidad adolescente, que desde mediados de la década de 1980 ha resultado particularmente resistente a la baja. Es más, en varios países parece haber estado aumentando, de manera sostenida en algunos casos y con oscilaciones en otros. De esta manera, pese al compromiso formal de los gobiernos con el objetivo de evitar la fecundidad adolescente y el amplio consenso que hay respecto de las complicaciones y dificultades que entraña la reproducción temprana, la evidencia presentada en el último informe de la Juventud Iberoamericana mostraba que la maternidad antes de los 20 años había tendido a aumentar en la mayoría de los países latinoamericanos, no así en la península ibérica donde tiene una prevalencia marginal (CEPAL-OIJ, 2004).

Este documento apunta a responder una gran pregunta, a saber, si esta trayectoria es peculiar de la región o se trata de un fenómeno que se repite en otras latitudes. El análisis se basará en las tendencias de los últimos 30 años en diferentes continentes y subregiones del mundo, con especial referencia al mundo en desarrollo.[7] La gran pregunta antes expuesta puede dividirse en varias hipótesis que se exponen a continuación y para las cuales requiere un cotejo empírico específico a cada una de ellas:

a) La fecundidad adolescente es la que muestra una menor correlación con la fecundidad total a escala mundial –lo que sugiere un comportamiento (tendencia y determinantes) diferente a la fecundidad de otras edades– y este desligamiento es más acentuado en América Latina.

b) La resistencia a la baja de la fecundidad adolescente es sobresaliente en América Latina y no es un comportamiento generalizado en el mundo

c) La tendencia de la fecundidad adolescente en América Latina está determinada por un fenómeno no previsto y peculiar de la región: el aumento de la fecundidad entre los más pobres, que ahora son predominantemente urbanos y escolarizados.

d) La tendencia de la fecundidad adolescente es el resultado de un síndrome de modernidad truncada en dos ámbitos: i) sexual, por la combinación de una liberalización de la conducta sin un aumento de la capacidad de control anticonceptivo personal (sicológico y familiar) y material (acceso a servicios); y, ii) social, por un aumento de las acreditaciones formales (en particular, educación) sin una expansión consecuente de las oportunidades materiales (en particular, trabajo).

La falta de una teoría convincente

El enfoque sociodemográfico de carácter macro y foco estructural –la transición demográfica y su proceso causal subyacente, cual es la modernización socioeconómica– no hace distinciones etarias en su hipótesis de descenso de la fecundidad (Kirk, 1996; Coale, 1977). Más aún, la fecundidad debiera caer más marcadamente en el tramo adolescente, toda vez que la modernización implica la erradicación de prácticas tradicionales de matrimonio temprano y acentúa la colisión entre reproducción temprana y asistencia escolar, lo que debiera resolverse en favor de esta última y en desmedro de lo primero. De esta forma, la hipótesis que naturalmente se deriva de este marco es un descenso sostenido y transversal en términos socioeconómicos de la fecundidad adolescente, así como una marcada y generalizada postergación de la edad de la primera unión. En los países desarrollados la hipótesis funciona –con la excepción de los Estados Unidos, como lo ha destacado Furstenberg (1998)–, pero, como se mostrará en este documento, no resulta ser el caso de América Latina.

El enfoque sociodemográfico de carácter macro y foco cultural y tecnológico –la difusión de ideas, actitudes, prácticas y medios modernos de control natal– tampoco hace distinciones etarias, pues supone que todas las generaciones son influidas por la difusión antes mencionada (Bravo, 1992). Más aun, el grupo adolescente debiera ser particularmente sensible a esta difusión, toda vez que está más abierto al cambio y más expuesto a los medios de comunicación de masas de los países "avanzados". Vale decir, el enfoque de la difusión tampoco anticipa algún comportamiento particularmente refractario al descenso de la fecundidad entre las adolescentes.

Los enfoques micro, por su parte, tienen como eje ordenador la noción de racionalidad, la que varía entre los diferentes marcos conceptuales y disciplinas. La más conocida y usada es la versión microeconómica maximizadora del bienestar individual, ya sea en los términos utilitaristas ortodoxos (*homo economicus*) propuestos por el Premio Nobel de Economía Gary Becker[8] (lo que no impide el altruismo cuando la utilidad de los padres se relaciona positivamente con la de los hijos), o en los más heterodoxos que plantean la existencia de una "racionalidad acotada", como los elaborados por el también Premio Nobel Herbert Simon (Bravo, 1992). Sin embargo, otros cientistas sociales –sociólogos, antropólogos, sicólogos[9]– usan nociones distintas de racionalidad. Una de estas es la categoría de reflexividad –esa idea de constante revisión por retroalimentación de las personas (sí-mismo) y las instituciones– planteada por el sociólogo Anthony Giddens (1998). Este autor releva una característica genérica de la vida social y un rasgo particular de la modernidad tardía que abiertamente choca con las certezas y cálculos perfectos de la racionalidad del *homo economicus*. En primer lugar, afirma que la rutinización

de la cotidianeidad es un factor estructurante y generador de seguridad ontológica (y, ciertamente, las rutinas no son reducibles a la racionalidad económica de los actores). Y en segundo lugar, plantea la complejidad, incertidumbre y constante revisión del sí mismo asociada a la elaboración de la biografía en contextos de modernidad tardía, lo que hace de la trayectoria vital un proceso dinámico, complejo, inseguro y contingente, nuevamente escapando al ejercicio de una racionalidad única estructurante. Pierre Bourdieu, por su parte, usa la categoría "acción razonable" (1999: 152) para oponer su visión historicista y sus conceptos de campo y *habitus*, al esencialismo de la racionalidad contable microeconómica.[10] En el mismo sentido, la noción de estrategia de sobrevivencia o de estrategias familiares de vida, tan caras a la sociodemografía latinoamericana (Schmink, 1984), supone una cierta racionalidad a los actores, que actúan preservando la existencia familiar, más que maximizando beneficios personales, en un marco de poderosas asimetrías al interior del hogar (Bravo, 1992).

Pese a que, por sus diferencias, el conjunto de teorías micro descritas en el párrafo previo tiene, en principio, un radio de acción explicativo amplio, ninguna de ellas anticipa una elevación de la fecundidad adolescente o que esta tenga una condición particularmente refractaria al descenso. Como ese ha sido el caso de América Latina, su pertinencia para el análisis de la fecundidad adolescente en la región se debilita.

Ante la falta de una teoría consolidada debemos recurrir a propuestas *ad-hoc* que no tienen pretensiones universales sino que operan como, utilizando la expresión de Merton (1980), "teorías de alcance medio". Entre estas están las teorías sicológicas del desarrollo de la personalidad que, como ya se vio, subrayan los componentes de inmadurez, desestructuración, construcción identitaria y rebeldía que caracterizan esta fase de la vida (Dulanto 2000; Fischhoff y otros, 2001; Breinbauer y Maddaleno, 2005). De esta forma, la fecundidad temprana en contextos de sociedades modernas –como calificarían la mayor parte de las sociedades latinoamericanas, aunque eventualmente podrían exceptuarse ciertas zonas o grupos étnicos, entre los cuales la reproducción temprana está anclada en la cultura comunitaria– podría interpretarse como: a) una conducta que carece de una base racional y que se debería, más bien, a una incapacidad de prever las consecuencias que tienen los comportamientos (inmadurez, falso sentido de invulnerabilidad); por cierto tal interpretación deja poco espacio para las políticas (¿cuáles podrían servir para evitar la "irresponsabilidad adolescente"?) y sugiere una aleatoriedad social de la reproducción temprana que no opera en la realidad, por cuanto esta es altamente sesgada (mucho más alta entre las pobres); b) una conducta enmarcada en la construcción identitaria ya que, independientemente de sus secuelas, la maternidad/paternidad constituyen pilares de una identidad individual y social, así como tienen la capacidad de dar un "sentido" a la vida de los progenitores; por cierto, esta explicación tiene implícita una racionalidad

general que, por la selectividad de este comportamiento (no todas las mujeres tienen hijos durante la adolescencia), no es válida, lo que deja abierta la pregunta sobre quiénes optarían por esta modalidad de elaboración biográfica y porqué lo harían en desmedro de otras opciones; c) una conducta que se realiza como acto de rebeldía, negación de autoridad o rechazo a la generación mayor; por cierto esta explicación tiene varios flancos débiles –sobre todo porque la maternidad/paternidad suelen erosionar las condiciones objetivas para el ejercicio de la rebeldía–, pero sí puede ser relevante en casos específicos.

De esta manera, la especificidad sicológica de este grupo debe ser considerada en todo intento de explicación así como intervención sobre la fecundidad adolescente. Sin embargo, limitarse solo a este componente –sobre todo si tiene una carga estigmatizante, como ocurre cuando este fenómeno se atribuye casi exclusivamente a la inmadurez o a la irresponsabilidad– no permite dar cuenta de un conjunto de aspectos estilizados que operan "por sobre los individuos" y, sobre todo, aporta poco a identificar las raíces de la "peculiaridad latinoamericana y caribeña".

Respecto de esto último, cabe hacer un paralelismo con el análisis propuesto por Frank Furstenberg Jr. (1998), para interpretar el "caso especial" que representan las elevadas tasas de fecundidad de los Estados Unidos dentro de los países desarrollados. Él plantea un contrapunto especialmente relevante para América Latina: "*In sum, the process of economic development and especially postindustrial economic development exerts pressures toward later marriage and greater sexual freedom as societies move away from a kinship-based economy to an economy that relies on prolonged education and training in social institutions outside the home*" (p. 247). Vale decir, la modernización actúa paradojalmente en el caso de la reproducción temprana, pues si bien tiende a postergar la unión y por esa vía a reducir la fecundidad adolescente, también tiende a aumentar la exposición al riesgo de embarazo adolescente por una iniciación sexual más temprana. Producto de esta paradoja, la fecundidad adolescente puede incrementarse con la modernización, lo que dependerá, a la postre, de la capacidad de los adolescentes para llevar a cabo un conducta sexual responsable y protegida.

Otro punto que se deduce del análisis de Furstenberg es que si la reproducción temprana llegara a aumentar, lo haría en contextos nupciales crecientemente informales y probablemente más inestables. A continuación, afirma que las tasas excepcionalmente altas de fecundidad adolescente en los EEUU se deben a que en los otros países desarrollados hay "*a greater willingness to acknowledge their sexual activity and to provide the resources to prevent their childbearing*" (1998: 246). En la misma línea, Furstenberg plantea que otro factor explicativo de la "anormalidad" de los Estados Unidos radica en que los costos de la fecundidad temprana no son tan altos para un grupo importante de la población, justamente los

más pobres dentro de la sociedad más desigual del mundo desarrollado: "*The greater the disadvantage within a population, the less difference teenage childbearing makes in determining long-term success*" (1998: 249), llegando a generalizar este planteamiento en términos de que "*The propensity toward teenage childbearing may be related also to the total amount of inequality within industrializing countries*" (p. 249).

En síntesis, siguiendo las hipótesis de Furstenberg, las claves para explicar la fecundidad adolescente alta en un contexto moderno serían: a) la reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos (condición que, además, tiende a ser promovida por la modernización), porque producto de esta negación se restringe su acceso a medios anticonceptivos y a conocimientos y prácticas sexuales seguras; b) la desigualdad, porque acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para los más pobres, lo cual reduce el costo de la maternidad/paternidad temprana y, simultáneamente, eleva su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida.

De vuelta a América Latina, varios trabajos recientes de investigadores de la región han elaborado conceptos y propuesto interpretaciones para abordar las tendencias y características de la reproducción temprana en la región. Para ser útiles, estos marcos conceptuales deben ser capaces de dar cuenta de la resistencia al descenso de esta fecundidad, la marcada inequidad que se expresa en tasas mucho más elevadas en los grupos pobres y la creciente presencia de la maternidad adolescente soltera (que no siempre significa sin pareja). Junto a lo anterior, deben proveer de una explicación y ojalá una predicción de la evolución conjunta de la modernización económica y social y la fecundidad adolescente, toda vez que la relación histórica entre modernización y fecundidad total no es válida para la reproducción temprana (como lo evidencian las cifras y lo explica la "paradoja de Furstenberg" ya expuesta).

En Rodríguez y Hopenhayn (2007) se identifican 4 enfoques usados en América Latina. El primero es sicológico y se asemeja a lo expuesto anteriormente ("inmadurez adolescente"), mientras los otros tres tienen coincidencias con la interpretación de Furstenberg antes descrita. El segundo enfoque se basa en la noción de "*modernidad sexual truncada*" (p.9), que da cuenta de un adelantamiento de la actividad sexual –consecuencia de la secularización y de las tendencias emancipatorias e individualizantes de la modernidad, así como de la creciente presencia de contenidos eróticos a los que están expuestos los adolescentes– que no es legitimado por las familias y, por ende, tiende a mantenerse en secreto y a llevarse a cabo en condiciones inseguras. El tercero subraya la desigualdad, que influye por varios canales, entre ellos las barreras de acceso a medios anticonceptivos y la falta de oportunidades para los adolescentes pobres. Por último, el cuarto enfoque releva los sesgos institucionales, que tienden a invisibilizar a los adolescentes como sujetos sexualmente

activos y, por lo mismo, a excluirlos de los programas oficiales de salud sexual y reproductiva. Un aporte especial de este trabajo es la vinculación que se hace entre cada enfoque y las políticas que emanan de ellos. Por cierto, también se reconoce la posibilidad de intervenciones ampliadas que consideren más de uno de los enfoques en su diseño y aplicación.

Otros trabajos (di Cesare y Rodríguez, 2006; Rodríguez, 2005;; Stern, 2004; Pantelides, 2004; CEPAL-OIJ, 2004; Guzmán y otros, 2001) han llamado la atención sobre aspectos adicionales que parecen relevantes para explicar los niveles de fecundidad relativamente altos de la región. Entre estos están los histórico-culturales, donde sobresalen: a) la glorificación del macho procreador, y en alguna medida aventurero, que, en general, promueve la iniciación temprana de los jóvenes y favorece conductas escapistas frente a las responsabilidades parentales (Palma, 2003); b) el papel de la familia, que actúa como red de apoyo diseminando la carga de la crianza y evitando que los progenitores adolescentes asuman todo el peso de la crianza; c) los altos índices de maternidad soltera –el síndrome del "huacho"[11], vinculado al factor ya mencionado del machismo (Montesinos, 1997)– y de uniones consensuales, ambos herencia de la conquista y que, en general, debilitan el control de la familia o la comunidad sobre el comportamiento sexual de sus miembros. Por otra parte, la apertura de las nuevas generaciones de adolescentes a los medios de comunicación masivos y, más recientemente, a la oferta casi infinita de internet, ha aumentado exponencialmente su exposición mensajes eróticos y a una multitud de estímulos sexuales. De esta manera, la tecnología y la liberalidad de la modernidad se enlazan explosivamente con los factores históricos, culturales, socioeconómicos e institucionales descritos, generando poderosos incentivos para una sexualidad temprana y desprotegida de los adolescentes, que desde luego eleva las probabilidades de reproducción antes de los 20 años.

Fuentes de datos

Estadísticas vitales

Estudiar la fecundidad adolescente requiere de fuentes de datos adecuadas. Las estadísticas vitales son la fuente natural para estudiar sus tendencias generales y específicas según algunas de sus características como: a) la precocidad, porque hay consenso en que a menor edad más complicadas las consecuencias de la maternidad adolescente; b) condición nupcial, sea en términos de situación conyugal[12] o edad de la pareja; c) las inequidades territoriales (entre ámbitos urbano-rurales, entre regiones e incluso intrametropolitanas) y sociales (entre grupos educativos); d) los órdenes de paridez , asunto que si bien ha sido poco investigado es muy relevante para la medición, la interpretación y las políticas.

Normalmente, la construcción de indicadores idóneos, del tipo tasas, no puede realizarse solo con información de estadísticas vitales, porque estas no registran el denominador (por ejemplo: mujeres de 15 a 19 años totales y según condición nupcial, localización, nivel educativo y cantidad de hijos tenidos). Pero el denominador puede obtenerse de las proyecciones de población para, finalmente, calcular las tasas respectivas. Y si eso no fuera posible, siempre se podrán calcular otros indicadores relativos –del tipo porcentajes– que serán informativos y útiles (aunque estén expuestos a diferentes distorsiones, como se expondrá). Es el caso de medidas como la proporción de nacidos vivos cuya madre es adolescente, la proporción de hijos de madres adolescentes sin escolaridad, la proporción de hijos de madres adolescentes indígenas, el porcentaje de hijos de madres adolescentes precoces (menores de 18 años), el porcentaje de hijos de madres adolescentes que es primogénito, o la proporción de hijos de madres adolescentes con bajo peso al nacer, entre otras. Su mera inspección revela sus límites porque, por ejemplo, una reducción del porcentaje de la proporción de madres adolescentes que no tiene escolaridad puede deberse (suponiendo todo lo demás constante) a una reducción relativa mayor de su fecundidad o a una disminución de su número por el avance de la escolaridad. Así, con estos indicadores es poco lo que puede concluirse sobre la evolución de la intensidad de la fecundidad adolescente en los distintos grupos.

Por otra parte, las estadísticas vitales también sirven para analizar algunas secuelas de la fecundidad adolescente. Entre estas están las típicas de salud pública, como su relación con la morbimortalidad infantil y materna.[13]

Ahora bien, pese a todas las ventajas que presentan las estadísticas vitales, históricamente se les ha usado muy poco para la indagación de la reproducción en la adolescencia en la región. Esto debido, principalmente, a los problemas de cobertura, oportunidad y calidad que presentan. En menor medida, también ha conspirado la dificultad para elaborar estimaciones de su intensidad por subgrupos, por la ya comentada no disponibilidad del denominador.

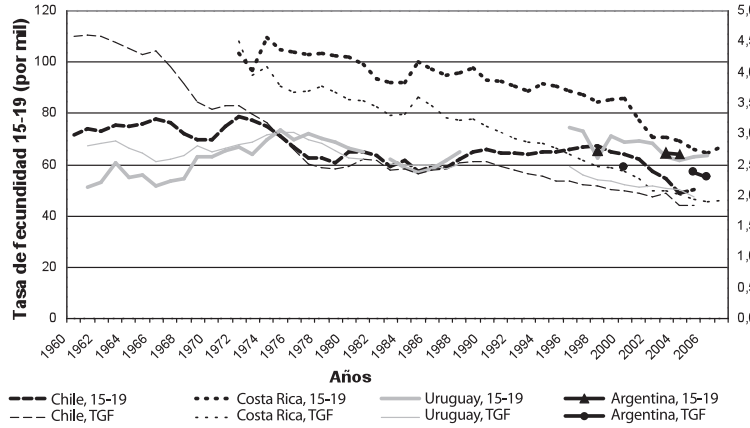
Con todo, el uso de las publicaciones o estadísticas oficiales desplegadas por los portales web de cuatro países de la región, que se encuentran entre los que tiene registros de mayor calidad en la región, es sugerente del aporte que significan las estadísticas vitales, pues permiten el seguimiento anual de la fecundidad adolescente y de la total. Y este seguimiento ratifica que en tres de los cuatro países con mayor desarrollo humano de la región, la fecundidad adolescente ha sido mucho más refractaria al descenso que la fecundidad total, siendo extremos el caso de Uruguay y Argentina, cuyas tasas de fecundidad adolescente actuales son superiores a las que tenían hace 40 años (gráfico 1 para Uruguay, y Binstock y Pantelides, 2006, para Argentina). En Chile, la fecundidad adoles-

cente actual es menor a la que existía en 1960 y, además, del 2000 a la fecha ha estado cayendo de manera sostenida (salvo un repunte en 2006); con todo, experimentó un período alcista largo en las décadas de 1980 y 1990, pese a los cambios de escenario político y económico que vivió en ambas y al pertinaz descenso de la fecundidad total durante los últimos 40 años. Solo Costa Rica presenta un cuadro más estilizado, aunque ciertamente la magnitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente es menor que la de la fecundidad total.

Censos de población

Los censos de población contienen módulos de fecundidad, en parte para obtener estimaciones que resultan inviables o poco confiables a partir de las estadísticas vitales. Por disponer de la información del total de población –y no solo de quienes experimentaron el evento en un año dado, como ocurre con las estadísticas vitales–, la información que proporciona este módulo del censo permite obtener, usando técnicas indirectas relativamente conocidas, estimaciones de las tasas específicas de fecundidad y, por ello, de la tasa global de fecundidad. Si a lo anterior se le suma que para todas las personas se dispone del conjunto de antecedentes que captura cada censo, entonces la estimación de tasas segmentadas según características relevantes es directa. Por ello, no debe extrañar que con la creciente posibilidad de procesar los microdatos censales –en virtud, principalmente, de los avances computacionales (CELADE, 2007)– se hayan multiplicado los estudios y análisis de la fecundidad adolescente con estos datos. Ejercicios comparativos entre países de la región se han llevado a cabo recientemente para examinar las tendencias de las desigualdades socioeconómicas de la fecundidad adolescente y efectuar seguimiento de la maternidad adolescente, según edad simple y características seleccionadas. En el primer caso, estos estudios han mostrado una preocupante tendencia al aumento de la inequidad en materia de la fecundidad adolescente durante la década de 1990 (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; di Cesare, 2007; di Cesare y Rodríguez, 2006; CEPAL, 2005). En el segundo caso, las cifras censales arrojan, nuevamente, resultados preocupantes: en la mayor parte de los países aumentó la maternidad adolescente y la mayor alza tendió a ser de la fecundidad precoz y en condiciones de soltería.[14]

Gráfico 1
América Latina (países seleccionados) a: Evolución de la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) y de la tasa global de fecundida



Fuente: Estadísticas vitales de los 4 países seleccionados.

a Se seleccionó a Chile, Costa Rica, Uruguay y Argentina por sus registros de alta calidad y sus niveles de desarrollo humano superiores.

Estos resultados han sido claves para reposicionar el tema en la agenda pública y de investigación. Como ya se expuso en la sección conceptual, entre los especialistas hay un grupo más bien escéptico respecto de la gravedad que reviste la fecundidad adolescente; y entre los argumentos que se esgrimen para justificar este escepticismo se encuentra justamente el de las cifras, es decir que no habría tal "aumento de la fecundidad adolescente". Por cierto, las cifras del cuadro 1 chocan con las afirmaciones de los autores "escépticos". Sin embargo, este cuadro no basta para zanjar el debate. Primero, porque todo depende de la perspectiva temporal; en el cuadro 1 esta se limita al último período intercensal –que en la mayor parte de los países corresponde al decenio de 1990– pero si se usara una longitud mayor –por ejemplo, entre 1960 y la actualidad–, la mayor parte de los países registraría un descenso de la fecundidad adolescente. Segundo, porque las diferentes fuentes de datos demográficos ofrecen panoramas distintos; de hecho, en algunos casos, las estadísticas vitales y las encuestas ofrecen resultados que no son del todo compatibles con los que proporciona el censo. Y tercero, y esto es lo más importante desde el punto de vista sustantivo, es posible que la dirección de la tendencia de la **fecundidad adolescente** sea diferente del de la **maternidad adolescente;** esto último ocurre, por ejemplo, si los nacimientos de orden superior a 1 entre las adolescentes caen fuertemente, pero no así los nacimientos de orden 1. Y esto último está ocurriendo en casi to-

dos los países de la región, en varios casos de manera marcada, tal como lo muestra el gráfico 2.

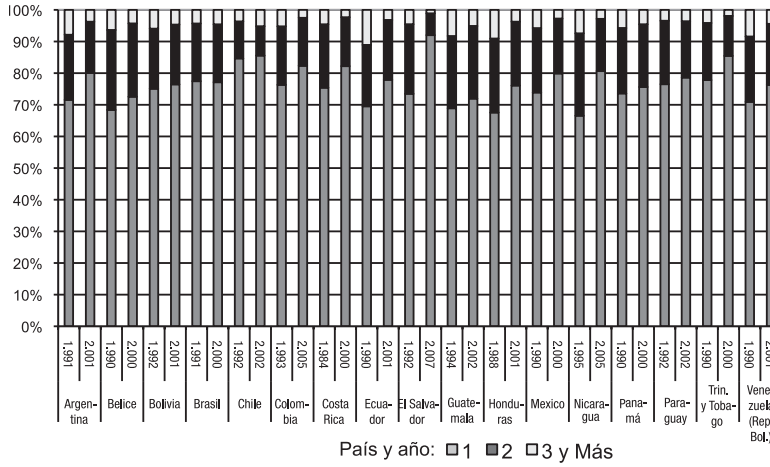
Cuadro 1
América Latina y el Caribe (países seleccionados): Evolución de la proporción de mujeres de 15 a 19 años que ha tenido hijos, por edades simples. Censos de la ronda de 1990 y 2000

País	Año (fecha censal)	Años de edad					Total
		15	16	17	18	19	
Argentina	1991	3,3	6,6	11,2	17,3	23,1	11,9
	2001	3,7	6,5	11,2	17,2	23,6	12,4
Belice	1990	2,5	7,7	15,4	26,2	34,9	16,9
	2000	2,8	6,7	14,4	25,4	33,0	15,8
Bolivia	1992	1,6	4,4	9,9	17,9	28,0	11,7
	2001	2,0	5,7	11,7	20,8	29,2	13,5
Brasil	1991	2,2	5,2	10,4	17,2	24,3	11,5
	2000	3,3	7,6	13,8	20,8	28,1	14,8
Chile	1992	2,1	4,8	9,8	16,1	24,8	11,8
	2002	6,3	5,1	10,2	16,7	24,1	12,3
Colombia	1993	2,6	6,4	12,8	20,9	29,3	14,0
	2004/05	2,9	7,1	13,7	21,0	28,6	14,3
Costa Rica	1984	2,0	5,6	10,9	18,6	*27,5*	12,8
	2000	2,5	6,2	11,8	19,8	*27,5*	13,2
Ecuador	1990	6,2	5,4	11,0	19,4	27,9	13,5
	2001	3,2	8,1	14,9	23,9	32,5	16,3
El Salvador	1992	2,8	6,8	13,5	22,0	30,6	14,4
	2007(provisional)	2,8	6,9	12,7	20,4	28,0	13,7
España	Encuesta 2004	1,2			3,4		2,1
Guatemala	1994	2,9	7,3	14,5	25,1	35,5	16,1
	2002	2,6	6,9	14,2	23,1	33,0	15,5
Honduras	1988	3,6	8,1	15,6	25,2	34,6	16,6
	2001	3,0	8,4	17,1	27,6	38,0	18,3
México	1990	1,4	3,8	8,6	16,1	24,2	10,4
	2000	1,8	4,8	10,7	18,2	26,2	12,1
Nicaragua	1995	5,0	12,6	23,7	34,8	46,0	23,9
	2005	4,3	10,7	19,8	28,9	38,4	20,0
Panamá	1990	3,6	8,2	15,2	22,4	30,8	16,1
	2001	4,1	9,3	16,2	25,4	33,3	17,4
Paraguay	1992	2,0	6,2	13,0	23,4	32,9	15,0
	2002	1,9	5,1	10,1	17,8	26,7	12,1
Portugal	Encuesta 1997	ND					2,5
Rep. Dominicana	1993	ND					
	2002	4,4	9,1	15,4	23,6	32,1	16,7
Trinidad y Tabago	1990	1,0	3,2	6,1	12,3	18,9	8,0
	2000	1,2	2,2	4,7	18,3	21,4	9,3
Venezuela	1990	3,3	6,9	13,0	19,9	27,5	13,8
	2001	3,2	7,5	13,7	21,7	29,8	15,0
Uruguay	1985	1,2	3,4	7,2	12,4	19,3	8,4
	1995	5,0	7,7	12,8	18,4	24,6	13,9

Fuente: procesamientos especiales bases de microdatos censales con REDATAM. Para España, López y otros, 2005, tabla 1.49 (estimación aproximada).

Para Portugal: Fertility and Family Survey (FFS) 1997; tabla 12, tablas estándares de países [en línea]; descargadas el 4 de abril de 2008 desde http://www.unece.org/pau/ffs/f_h_151b.htm. ND: No disponible.

Gráfico 2
América Latina, (países seleccionados), madres adolescentes (15-19 años de edad) según número de hijos tenidos (estructura relativa). Censos de la ronda de 1990 y 2000



Fuente: procesamientos especiales bases de microdatos censales con REDATAM

Encuestas especializadas

A grandes rasgos, tres tipos de encuestas caben en este componente: a) las que corresponden a programas mundiales como las Demographic and Health Surveys (DHS; www.measuredhs.com) –y su antecesor la World Fertility Survey (WFS)– o las International Reproductive Health Surveys (IRHS, www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/)[15]; b) las levantadas por los países sobre temas vinculados con la conducta reproductiva, tales como, salud, SIDA, juventud y adolescencia, calidad de vida, etc. y; c) las encuestas de hogares con propósitos múltiples que, en ocasiones, incluyen módulos de salud que incluyen consultas específicas sobre la salud sexual y reproductiva.

Sin duda, se trata de la fuente más utilizada para el análisis de los comportamientos reproductivos, sus tendencias y determinantes próximos y subyacentes. Además, por la amplia cobertura de países en desarrollo que tienen algunos de estos programas (en particular las DHS), y por su carácter estandarizado, son una fuente idónea para exámenes comparativos. Asimismo, el hecho de que capturen información de los hoga-

res –equipamiento, servicios y características del jefe de hogar, que sirven, entre otras cosas, para calcular un índice socioeconómico que permite jerarquizar a todos los hogares y, por ende, hacer estimaciones de diferenciales socioeconómicos de la fecundidad y la mortalidad– y de las mujeres, incluyendo variables intermedias (Bongarts, 1982) y subyacentes, las habilita para proporcionar información relevante para análisis explicativos. Debido a ello, una parte importante de la evidencia que se sistematiza, expone y discute a continuación en este documento proviene de estas encuestas, en particular las DHS, cuyo procesador en línea (Statcompiler) es, por lo demás, muy eficiente.

Hipótesis 1: La fecundidad adolescente es la más desligada de la fecundidad total a escala mundial, en particular en América Latina

Una reciente publicación de Naciones Unidas (United Nations, 2007), ofrece una información muy valiosa para contrastar empíricamente esta hipótesis. Se trata de un estudio sobre los patrones mundiales de fecundidad en los que se entregan las tasas específicas de fecundidad –estimaciones consideradas confiables– para dos momentos del tiempo, a saber, en torno a 1970 y en torno a 2000. En el cuadro 2 se resumen los resultados de la correlación simple entre la tasa global de fecundidad y las tasas específicas de fecundidad. Coeficientes altos y positivos son esperados, porque se trata de una correlación entre el todo (TGF) y sus partes (tasas específicas). En general, se verifica que la tasa más desvinculada es, como planteaba la hipótesis, la del grupo de 15 a 19 años y también se verifica que América Latina presenta una desvinculación significativamente mayor, la que incluso aumenta cuando el análisis se restringe a la definición más tradicional (y más pertinente para este estudio) de la región (20 países). En cambio, no se verifica la predicción de una "desvinculación creciente"; con todo, el incremento de la correlación en el caso de la agrupación de 20 países es más bien marginal en comparación con los otros dos casos expuestos en el cuadro 2 (mundial, y América Latina y el Caribe ampliado a 37 países).

Ahora bien, el gráfico 3 elaborado solo con países con encuestas DHS recientes es mucho más categórico, aunque solo ofrezca una perspectiva transversal. En efecto, la distinción entre América Latina y el resto del mundo del desarrollo es radical. Mientras en los países de Africa y Asia hay una relación positiva y estadísticamente significativa entre la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 ($r = 0.707$ $p < 0.001$), en el caso de América Latina esta correlación es de 0.264, lo que no alcanza para ser significativo a un nivel de significación del 10%. Con todo, si se consideran los 15 países que cuentan con información para fines de la década de 1980 y principios de la década de 2000 (sea

de encuestas o de estadísticas vitales), las correlaciones son más altas y estadísticamente significativas, aunque ahora sí se verifica una tendencia a la baja ("desvinculación creciente"), pues llegan a un coeficiente de correlación simple de 0.59158 (p-value aproximado) = 0.01) a fines de la década de 1980 y a un coeficiente de 0.54665 (p-value aproximado = 0.02) en el primer quinquenio del presente siglo.

En conclusión, dentro del mundo en desarrollo, solo en América Latina sobresale por su bajaestá en entredicho la vinculación entre fecundidad adolescente y fecundidad total. La información más cabal y reciente (encuestas) sugiere que si bien esta relación aún existe y es positiva, como cabe esperar, ha sido decreciente y está en el borde de la no significación estadística.

Cuadro 2
Mundo, América Latina y el Caribe a/ y América Latinab/: Correlaciones simples entre las tasas específicas de fecundidad y la tasa global de fecundidad en el mundo, 1970-2000.

Grupo de edad	Mundial, en torno a 1970	Mundial, en torno a 2000	América Latina y el Caribe (37 países) en torno a 1970	América Latina y el Caribe (37 países), en torno a 2000	América Latina y el Caribe (20 países), en torno a 1970	América Latina y el Caribe (20 países), en torno a 2000
15-19	**0,689**	**0,791**	**0,627**	**0,754**	**0,633**	**0,668**
20-24	0,897	0,914	0,881	0,908	0,893	0,900
25-29	0,964	0,952	0,980	0,939	0,984	0,980
30-34	0,961	0,937	0,955	0,894	0,971	0,909
35-39	0,945	0,943	0,941	0,853	0,969	0,890
40-44	0,913	0,924	0,830	0,802	0,829	0,864
45-49	0,755	0,836	0,570	0,678	0,548	0,712

Fuente: cálculo propios basados en United Nations, 2007.

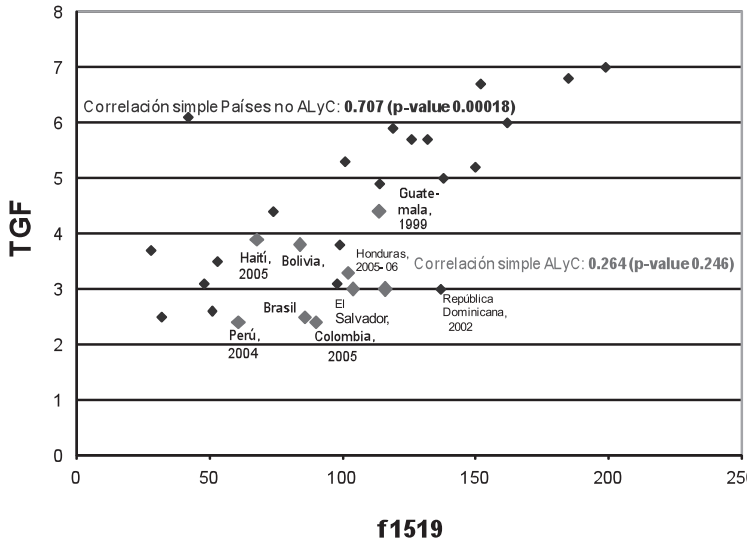
a/ 37 países, incluye casi todos los pequeños estados insulares y países en desarrollo de habla no ibérica en el continente)

b/ 20 países, los 17 de habla ibérica del continente más Cuba, Haití y República Dominicana.

Hipótesis 2: la tendencia de la fecundidad adolescente en la región es excepcional

El cuadro 3 muestra que la **única** gran región del mundo en que hubo un aumento de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años del siglo XX fue América Latina y el Caribe y, de hecho, está actualmente solo detrás de África. A principios de la década de 1970, América Latina y el Caribe tenía una TGF 10% superior a la mundial y una tasa de fecundidad adolescente un 7% superior a la mundial. En la actualidad, su TGF está ligeramente por debajo de la mundial, pero su tasa de fecundidad adolescente en un 50% superior que la mundial.

Gráfico 3
Países seleccionados del mundo: TGF y tasa específica de fecundidad 15-19 años, circa, 2000.



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS por su sigla en inglés), usando Statcompiler, [en línea] www.maesuredhs.com.

El cuadro 3 también aporta antecedentes relevantes para entender la desvinculación entre la fecundidad adolescente y la total expuesta en el acápite previo. En particular, el marcado sesgo territorial cultural de la fecundidad adolescente. En efecto, la menor tasa de fecundidad adolescente en la actualidad no está en Europa Occidental sino en Asia Oriental. Por otra parte, África del Norte tiene una fecundidad adolescente menor que la de Estados Unidos. Sin duda, se trata de casos elocuentes que revelan el poder del contexto cultural sobre la sexualidad y las decisiones nupciales de los adolescentes. Ciertamente, en los dos casos retratados la modernización puede socavar los controles tradicionales y si no va acompañada de una secularización institucional y familiar que facilite el control reproductivo por parte de los adolescentes, su efecto final puede ser el aumento de la fecundidad adolescente.

El cuadro 3 también sirve para descartar los determinismos toscos. Es el caso del determinismo cultural simplista que es descartado por el simple hecho que los valores, símbolos y prácticas en América Latina han sido influenciados desde hace 500 años por la matriz cultural latina impuesta por los colonizadores ibéricos, y, sin embargo, sus niveles de fecundidad adolescente han sido y son mucho más elevados que la penín-

sula ibérica. Y también es el caso del determinismo inercial, que tiende a negar la posibilidad de cambio. Como lo revela el caso de Australia, es posible reducir la fecundidad adolescente en países donde esta ha sido muy refractaria al cambio, a diferencia de las otras edades. Se trata de una referencia alentadora para la región, que podría aspirar a reducir sensiblemente la fecundidad adolescente en las próximas décadas, no obstante haber llegado ya a niveles relativamente bajos de fecundidad total.

Cuadro 3
Grandes regiones y subregiones del mundo: Tasa global e fecundidad y fecundidad adolescente, circa 1970 y circa 2003

País y región	circa 1970		circa 2003	
	TGF	Tasa 15-19	TGF	Tasa 15-19
MUNDO	**4,5**	**71**	**2,6**	**55**
Países más desarrollados	2,1	41	1,6	24
Países menos desarrollo (excluidos 2)	5,2	70	2,6	47
Países de menor desarrollo - 2	6,6	150	5,0	130
ÁFRICA	**6,7**	**132**	**5,0**	**116**
África del Oeste	7,0	126	5,6	120
África Intermedia	6,5	177	6,2	189
África del Norte	6,5	74	3,2	37
África del Sur	5,6	114	2,9	70
África del Este	7,0	172	5,8	147
ASIA	**5,0**	**66**	**2,5**	**41**
Asia del Este	4,5	35	1,7	2
Asia Central-Sur	5,5	90	3,2	69
Asia del Sudeste	5,6	86	2,5	40
Asia del Oeste	5,7	89	3,2	45
EUROPE	**2,2**	**36**	**1,4**	**20**
Europa del Este	2,2	36	1,3	28
Europa del Norte	2,1	42	1,7	21
Europa del Sur	**2,5**	**29**	**1,4**	**12**
Europa del Oeste	1,9	41	1,6	9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	**5,0**	**79**	**2,5**	**80**
El Caribe	4,4	104	2,6	69
América Central (incluye a México)	6,4	123	2,7	79
América del Sur	4,7	72	2,5	81
AMERICA del Norte	**2,0**	**66**	**2,0**	**41**
Canadá	2,3	42	1,5	14
Estados Unidos de América	2,5	68	2,0	43
OCEANIA	**3,2**	**45**	**2,4**	**33**
Australia/Nueva Zelandia	2,6	53	1,8	19
Australia	2,9	51	1,8	16
Nueva Zelandia	3,1	62	2,1	27

Fuente: United Nations 2007, [en línea] www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/WorldFertilityPatterns% 202007_UpdatedData.xls (on line- 5 de junio de 2008).

Hipótesis 3: La tendencia de la fecundidad adolescente en América Latina se debe al aumento de la fecundidad entre los más pobres, que ahora son predominantemente urbanos y escolarizados

Históricamente la fecundidad adolescente se ha asociado con pobreza. Y no hay estudios que contradigan esta pertinaz vinculación, que ha sido incluida en el denominado "círculo intergeneracional de la pobreza" (Rodríguez y Hopenhayn, 2007: 7). Sin embargo, lo anterior no significa que las madres adolescentes actuales respondan al mismo perfil de antaño, vale decir, rurales y con poca o nada de escolaridad. Lo anterior porque las sociedades han cambiado –más concretamente, se han urbanizado y la educación se ha expandido– y porque los efectos paradojales de la modernización han hecho que la protección brindada por los contextos urbanos y la educación se haya devaluado, como se planteó en el acápite previo.

El examen comparado de los gráficos 4, 5 y 6, permite objetivar, precisar y también reconocer matices relativos al planteamiento anterior. El gráfico 4, en primer lugar, muestra que la maternidad adolescente ha aumentado en todos los grupos educativos y en todos los países (con la excepción de Nicaragua y de Bolivia, salvo en el caso de las adolescentes sin educación); por cierto esto se contrapone con una evolución mucho más matizada de los totales nacionales, en que empatan los países que suben con los que bajan. Lo que hay detrás de esta aparente contradicción es el "efecto de composición" ya mencionado. Esto se confirma con el gráfico 5, que muestra que en todos los países aumentó de manera significativa la proporción de muchachas con educación secundaria o superior (las de menor maternidad adolescente). Tal incremento contrarrestó esta alza generalizada de la maternidad adolescente en cada grupo educativo y permitió, incluso, que algunos países exhibieran descensos del promedio nacional de este indicador. Cualquiera sea el caso, la conclusión del examen de ambos gráficos es todavía más categórica que la expuesta previamente: de no ser por el cambio de composición educativa, la maternidad adolescente habría aumentado en todos los países expuestos en los gráficos.

De hecho, esto último se puede cuantificar tipificando la estructura educativa, lo que permite una estimación –gruesa (porque solo controla un factor, el educativo) y estática (porque no considera efectos interactivos)– del impacto del cambio en la composición educativa de las adolescentes sobre los niveles de reproducción temprana. Asimismo, el uso de este recurso metodológico hace posible elaborar un nuevo ranking del índice de maternidad adolescente, controlando el diferencial de estructura educativa de los países. En el cuadro 4 se aprecian los resultados de la tipificación. Es evidente que de no ser por el avance de la escolaridad

en los últimos 15 años, los índices de maternidad temprana serían bastante mayores a los observados, y llamativamente en los países que más aumentó la fecundidad adolescente es justamente donde el efecto "deflactor' del avance educativo sobre la fecundidad adolescente fue más intenso. Más concretamente, si en Brasil y en Colombia se hubiese mantenido la estructura educativa de las adolescentes entre mediados de la década de 1980 y mediados de la década de 1990 (Brasil) y 2005 (Colombia), en ambos países sus niveles recientes de maternidad adolescentes serían casi tan altos como los de África Central. En el caso de las comparaciones internacionales, nuevamente Colombia aparece "castigada", ya que sería el país con la tasa de maternidad temprana más elevada si la estructura educativa fuese la misma en todos los países expuestos en el cuadro.

Cuadro 4
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): evolución del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez: valores observados y tipificados

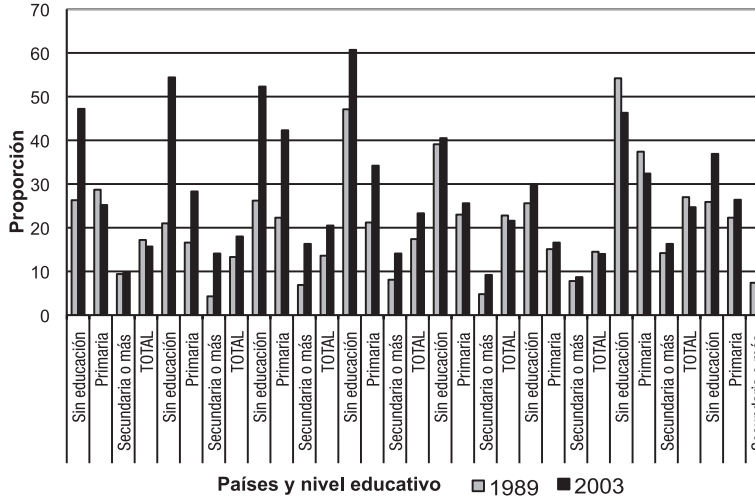
País	Año	Porcentaje observado	Porcentaje tipificado (controla el cambio de estructura en el tiempo de cada país)	Diferencia (tipificado-observado)	Porcentaje tipificado (controla la diferencias de estructura educativa entre países)	Diferencia (tipificado-observado)
Bolivia	1989	17,2	-	-	17,2	0,0
	2003	15,7	17,0	1,3	17,0	1,3
Brasil	1986	13,3	-	-	9,5	-3,8
	1996	18,0	25,0	7,0	21,0	3,0
Colombia	1986	13,6	-	-	13,4	-0,3
	2005	20,5	27,6	7,1	27,3	6,8
República	1986	17,4	-	-	14,5	-2,9
Dominicana	2002	23,3	28,0	4,7	23,4	0,1
Guatemala	1987	22,8	-	-	12,9	-9,9
	1998/99	21,6	25,5	3,9	16,5	-5,1
Haití	1994/95	14,5	-	-	11,2	-3,3
	2005	14,0	16,2	2,2	12,5	-1,5
Nicaragua	1997/98	27,0	-	-	24,4	-2,6
	2001	24,7	25,3	0,6	23,4	-1,3
Perú	1986	12,7	-	-	13,6	0,9
	2000	13,0	15,4	2,4	16,7	3,7

Fuente: cálculo propios, basados en el procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com,
Nota: para tipificar se usaron las estructuras según nivel educativo de las adolescentes que entrega el Statcompiler de DHS (las tres categorías que se muestran en el gráfico 5). En el caso del control intertemporal de cada país, se mantuvo constante la estructura educativa de la DHS inicial. En el caso del control entre países, se mantuvo constante la estructura de Bolivia 1989.

Por otra parte, una segunda lectura del gráfico 5 permite dos conclusiones adicionales. La primera es que efectivamente las madres adolescentes actuales se están apartando de la imagen tradicional, y que era válida en la década de 1980, de un grupo marcado por la baja o nula educación. Particularmente llamativos son los casos de Brasil y Colombia, donde la mayor parte de las madres adolescentes tiene educación secundaria. La segunda conclusión es que efectuar un seguimiento de este indicador usando una segmentación como la educativa introduce sesgos por el cambio en el peso relativo de cada subgrupo en el tiempo.

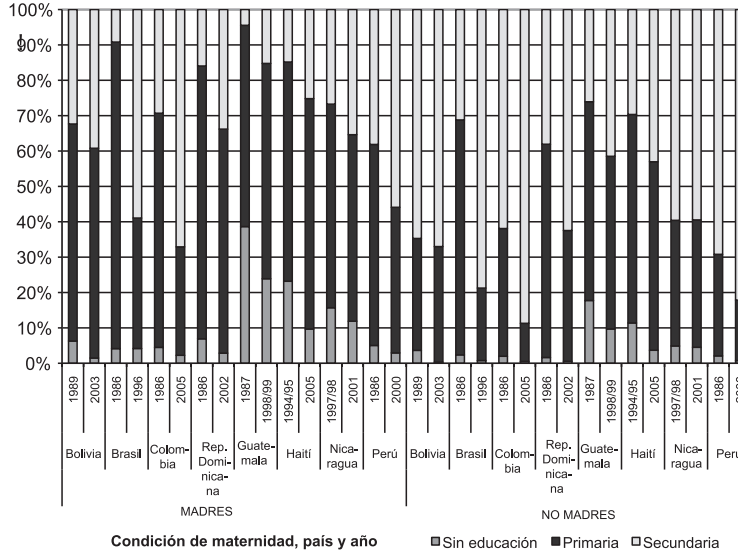
Este problema ya fue descrito y examinado en CEPAL, 2005 y se concluyó que la única manera de hacer un examen riguroso de la evolución de la desigualdad social en materia de reproducción temprana era usar como segmentación social cuantiles de alguna variable socioeconómica cuantitativa. Y al hacerlo se obtienen los resultados del gráfico 6, que confirman la hipótesis de que la fecundidad adolescente está aumentando básicamente por un aumento entre los grupos más pobres.

Gráfico 4
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): Evolución del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez según nivel educativo



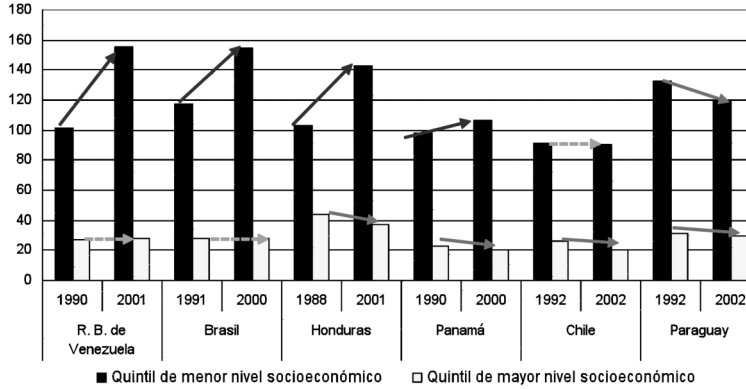
Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com, 02/07/2008, 17:30.

Gráfico 5
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): Evolución de la estructura educativa de las adolescentes según condición de maternidad



Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com, 04/07/2008, 18:00

Gráfico 6
América Latina (países seleccionados): Tasa de fecundidad adolescente (por mil) en estratos socioeconómicos extremos: zonas urbanas de seis países latinoamericanos, censos de las rondas de 1990 y de 2000



Fuente: Rodríguez y Hopenhayn 2007, p. 8.

Hipótesis 4: la tendencia de la fecundidad adolescente es el resultado de un síndrome de modernidad sexual y social truncada

Como se planteó en el marco conceptual, la hipótesis dominante es que la modernización sociocultural tiende a adelantar la iniciación sexual. Esto último no era del todo claro a fines de la década de 1990 (Bozón, 2003; Guzmán y otros, 2001). Sin embargo, los datos del cuadro 5 son contundentes al respecto. Dado que el promedio de edad de estas iniciaciones es un indicador sesgado (por la exclusión de las no iniciadas), y que la mediana puede no alcanzarse dentro de las adolescentes al momento de la encuesta, en el cuadro 5 se presenta una dupla de indicadores que examinados en conjunto proporcionan una información poderosa. Se trata de las iniciadas (sexual y nupcialmente) de manera precoz (antes de los 15 años) y de la proporción de "aún no iniciadas" (sexual y nupcial) dentro de las adolescentes. Sumadas no hacen 100% porque falta un subgrupo que son las iniciadas después de los 15 años de edad entre las adolescentes al momento de la encuesta, pero, por lo mismo, este valor está determinado por los otros dos.

Si bien los niveles de la región en los dos indicadores de iniciación sexual están por debajo de los promedios africanos, el factor de distinción es su tendencia, porque en otras latitudes del mundo en desarrollo[16] el adelantamiento de la iniciación sexual es excepcional, mientras en la

región es la regla. Lo especial del caso latinoamericano es que también se adelanta la iniciación de la unión, algo no anticipado por ninguna teoría y que parece ser muy excepcional en otras regiones del mundo. De esta manera, la región se sitúa nuevamente después de África (donde algunos países subsaharianos registran un 15% o más de las mujeres unidas antes de los 15 años), y bastante por encima del resto de las regiones en desarrollo (con la excepción de Bangladesh, cuyo patrón de unión temprano es clave para sus elevados índices de fecundidad adolescente).

La combinación del adelantamiento de la menarquia[17] con la iniciación sexual y de la unión más temprana, es un factor que determina una creciente exposición al riesgo de embarazo en la adolescencia. El único "antídoto" que la sociedad puede ofrecer para que lo anterior no se transforme en un alza de la reproducción temprana es el acceso a anticonceptivos. Y en este aspecto es donde la modernidad de la región queda trunca, todavía.

En efecto, en los países desarrollados (en particular Europa Occidental), **la actividad sexual en la adolescencia se inicia y luego se continúa bajo condiciones de protección anticonceptiva.**[18] No es el caso de la región y eso explica la enorme diferencia entre ambas situaciones. Cualquiera sea el indicador de uso de anticonceptivos que se use[19], la región está muy por detrás de los niveles de uso entre adolescentes que se observan en los países desarrollados. En suma, esta brecha entre una iniciación sexual que se adelanta y un uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas que aún está lejos de ser generalizado, explica simultáneamente la elevada fecundidad adolescente en la región y el contraste con la baja fecundidad temprana de los países desarrollados.

Ahora bien, una inspección más detallada de las cifras disponibles (cuadro 6) obliga a algunas precisiones que tienen implicaciones directas y cruciales en materia de políticas.

En primer lugar, aunque en el análisis comparado del uso de anticoncepción en la adolescencia la región está rezagada respecto de los países desarrollados, tiene niveles de uso de anticonceptivos modernos superiores a los promedios de otras regiones del mundo en desarrollo. Esto sugiere que los altos niveles de fecundidad adolescente en la región no se deben a que la anticoncepción sea particularmente baja entre las adolescentes, en el marco de las regiones en desarrollo, sino a que es insuficiente, inoportuna o irregular para el patrón de iniciación sexual de las nuevas generaciones. Y como este último patrón está tendiendo al europeo, lograr niveles de fecundidad bajos como en Europa Occidental, requiere de un nivel de uso de anticonceptivos similar al europeo, es decir, mucho más alto, equitativo y sistemático que el actual.

Cuadro 5
Grandes regiones del mundo en desarrollo (países y fechas seleccionados), mujeres de 15 a 19 años: evolución de la situación de iniciación sexual (antes de los 15 años y aún no iniciadas) y nupcial (antes de los 15 años y nunca unidas)

Grandes regiones del mundo, país y año de referencia	Primera relación sexual		Primera unión		Grandes regiones del mundo, país y año de referencia	Primera relación sexual		Primera unión	
	Antes de los 15 años	Virgen	Antes de los 15 años	Jamás unidas		Antes de los 15 años	Virgen	Antes de los 15 años	Jamás unidas
Africa Subsahariana					**Africa del norte/Asia Occidental**				
Burkina Faso 1992/93	12,7	45,9	7,9	55,4	Egipto 1988	-	-	3,8	84,5
Burkina Faso 2003	7,3	51,6	4,2	67,7	Egipto 2005	-	-	1	87,5
Camerún 1991	23,6	31,5	16,2	55,8	Jordania 1990	-	-	1,1	89,4
Camerún 2004	18	45,3	11,2	66,8	Jordania 2002	-	-	0,6	93,8
Chad 1996/97	21,9	45,2	18,6	51,4	Marruecos 1987	-	-	2,8	87,7
Chad 2004	19	51,4	17,9	54,7	Marruecos 2003-2004	-	-	1,6	89
Eritrea 1995	18,5	62,4	20	62,4	**Sur y Sudeste Asiático**				
Eritrea 2002	8,8	67,6	8,5	69	Bangladesh 1993/94	-	-	29,8	50,5
Ghana 1988	12,7	50,1	5,8	75,6	Bangladesh 2004	-	-	26,3	52,1
Ghana 2003	7,4	61	2,5	86,3	Indonesia 1987	4,2	83,1	4,4	82,5
Kenia 1989	14,3	53,7	3,4	79,8	Indonesia 2002/2003	2,8	85,5	2,8	85,4
Kenia 2003	14,5	57,9	3,5	79,7	Filipinas 1993	0,8	91,9	0,7	92,2
Madagascar 1992	17,7	46,8	7,9	73,3	Filipinas 2003	1,4	89,5	1,2	90,6
Madagascar 2003/04	16	45,1	8,8	67	**América Latina y el Caribe**				
Mali 1987	23,5	26,7	29,7	24,6	Bolivia 1989	5,1	74,7	1,8	**85,7**
Mali 2001	26	36,2	19,4	51,4	Bolivia 2003	6,2	72	2,4	**87,6**
Níger 1992	29,8	39,1	31,2	41,4	Brasil 1986	5,3	80,2	2,6	85,3
Níger 2006	25,7	38,9	28	39,3	Brasil 1996	11,5	67,2	4,3	83,2
Rwanda 1992	2,1	85,5	0,6	90,2	Colombia 1986	4,3	79,8	2,5	85,8
Rwanda 2005	5,2	87,9	0,2	97,1	Colombia 2005	13,7	56,2	4,5	82,8
Tanzania 1992	11,4	48,6	3,7	71,7	República Dominicana 1986	7,2	75,8	5,7	78,2
Tanzania 2004	11,4	50,6	4,6	72,1	República Dominicana 2002	12,8	63,5	10,4	70,5
Uganda 1988	26,4	37,7	11,6	59,2	Guatemala 1987	**9,3**	**71**	**7,4**	**73,8**
Uganda 2006	11,8	57	3	77,6	Guatemala 1998/99	**8,3**	**72,6**	**6,8**	**73,9**
Zambia 1992	19,4	39,5	4,2	70,4	Haití 1994/95	8,4	71	3	83,1
Zambia 2001/02 [2]	17,5	42,7	4,9	73	Haití 2005	15,3	59,4	5,6	80,7
Zimbabwe 1988	6,7	67,5	3,7	80,2	Perú 1986	**5,2**	82,2	**2,4**	**87,2**
Zimbabwe 2005/06	4,9	67,9	2,6	76,2	Perú 2000	**5,1**	77,8	**2,1**	**88,7**

Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud, usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com, 19/03/2008, 16:30.

Nota: en negrita casos de América Latina que se apartan de la tendencia general de la región (sea porque alguno de los dos indicadores sugiere que se atrasa la iniciación sexual o la nupcial (o ambas).

Cuadro 6
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionadas): evolución del uso de anticonceptivos modernos entre las adolescentes (alguna vez unidas o unidas dependiendo de la encuesta)

País y año	Usa actualmente un método moderno[a/]
Bolivia 1989	2,5
Bolivia 2003	26,3
Brasil 1986	44,1
Brasil 1996	47,2
Colombia 1986	21,2
Colombia 2005	47,1
Ecuador, 1987	11,6
Ecuador, 2004	46,9
El Salvador, 1985	20,5
El Salvador, 2002/03	40,7
Guatemala 1987	2,5
Guatemala, 2002	18,3
Haití 1994/95	7,7
Haití 2000	9,2
Honduras, 1996	17,8
Honduras, 2001	32,2
Nicaragua 1992/93	20,7
Nicaragua 2001	53
Paraguay, 1990	26,3
Paraguay, 2004	47,6
Perú 1986	10,2
Perú 2004	40,1
República Dominicana 1986	20
República Dominicana 2002	37,6

Fuente: procesamientos en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com. Para Ecuador 2004, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros 2005, p. 113, cuadro 7.6; para El Salvador 2002/03, Asociación Demográfica Salvadoreña y otros 2004, p.91, tabla 5.8; para Guatemala 2002, Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala y otros 2003, p.85, cuadro 5.7; para Honduras 1996, Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 1997, p. 108, cuadro 5-10; para Honduras 2001, Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 2002, p. 87, cuadro 5-10; para Nicaragua 1992/93, PROFAMILIA 1993, p. 150, cuadro 4-14; para Paraguay 2004, CEPEP 2005, p. 122, cuadro 5.8.

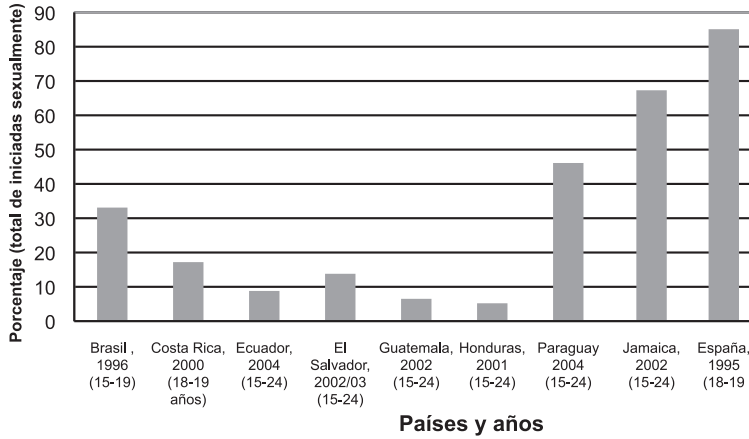
a/ En los casos de Ecuador 2004, El Salvador 2002/03, Honduras 1996, Honduras 2001, Nicaragua 1992/93 y Paraguay 2004, la cifra considera sólo las mujeres casadas o unidas, no las alguna vez unidas. En los casos de Honduras 1996 y Honduras 2001, se excluye la categoría "otros métodos anticonceptivos" debido a que no se definen cuáles son estos.

En segundo lugar, y en diálogo con la conclusión anterior, la evidencia disponible sugiere que el aumento de los indicadores tradicionales de uso de anticonceptivos (usó alguna vez o usa actualmente), no logra captar la efectividad del mismo. De hecho, si se consideran el conjunto de encuestas DHS e IRHS de las últimas dos décadas se verifica que en todos los países aumentó significativamente la proporción de usuarias actuales de anticonceptivos modernos entre las adolescentes algunas vez unidas (cuadro 6), es decir, una fracción importante de las que han estado expuestas al riesgo de embarazo. Y, por cierto, este aumento fue concomitante con la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente antes descrita. Esta aparente paradoja se explica por varias razones. Una de ella ya ha sido subrayada, y es que el aumento del uso de anticonceptivos ha sido neutralizado, parcial o totalmente, por el adelantamiento de la edad de iniciación sexual.

Sin embargo, hay otras tres razones que cabe destacar por sus implicaciones metodológicas y de política. La primera es que este indicador no da cuenta de la "trayectoria anticonceptiva". Y esto significa que es insuficiente para saber el grado de protección de la primera relación sexual (o durante el conjunto de la vida sexual). La segunda, vinculada a la anterior, es que tal aumento perfectamente puede deberse a una ampliación del uso entre las que ya han sido madres, con lo cual se logra el objetivo de controlar la intensidad reproductiva, pero no de evitar la reproducción temprana. Y el tercero es que, sobre todo en la adolescencia, la declaración de uso actual no es homologable a "uso regular y eficiente".

Respecto de la primera razón la evidencia disponible es clara: aún una fracción mayoritaria de las y los adolescentes se inicia sin protección, lo que genera una alta exposición al riesgo de embarazo. Y si bien ha habido un aumento de las iniciaciones protegidas, los índices actuales en la región están muy lejos de los observados en los países desarrollados (gráfico 7).[20]

Gráfico 7
América Latina y el Caribe (algunos países) y España: uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual, mujeres adolescentes y jóvenes



Fuente: Brasil: procesamiento base de datos DHS, 1996; Costa Rica: Chen y otros, 2001, p. 102, cuadro 17; El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña y otros 2004, pp. 200-201 (cálculo ponderado tablas 9.12 y 9.13); Paraguay: CEPEP 2005, p. 180, cuadro 7.10 (solo relaciones premaritales); Honduras: Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 2002, p. 153, , cuadro 7-10; Ecuador: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros 2005, p. 329, cuadro 14.13 [en línea], http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/tablas/14_actsexual.pdf; Jamaica: Jamaica Reproductive and Healt Survey, 2002, Highlights, Table 11.4.1 y 11.4.2 (todos los medios de anticoncepción). www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica_LD.htm#Figure12; España: FFS, tabla 21 [en línea], http://www.unece.org/pau/ffs/f_h_151b.htm.

Respecto de la segunda, el cuadro 7 evidencia que entre las adolescentes algunas vez unidas predomina la combinación de no uso de anticoncepción o uso posterior al primer hijo. Solo en Colombia y en Brasil la mayoría de estas adolescentes ha comenzado a usar anticoncepción cuando aún no tenía hijos. Las cifras del cuadro 7 sugieren que las adolescentes madres tienen mayor acceso a la anticoncepción; si bien esto evita embarazos adicionales que complicarían aún más su situación, también sugiere un sesgo adverso en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a las adolescentes nulíparas sexualmente activas. Lo anterior asociado a la combinación de fenómenos de: a) estigma social, que inhiben a las muchachas para solicitar estos servicios; b) negación o rechazo familiar, que puede ser una barrera infranqueable basada en brechas generacionales u otros mecanismos culturales; c) restricción administrativa,

que limitan la posibilidad de los adolescentes de solicitar directa y confidencialmente los servicios; y d) falta de pertinencia de los programas existentes, que no logran atraer a los y las adolescentes, los cuales requieren un trato diferente a los otros grupos de edad.

Cuadro 7
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): uso de anticonceptivos entre adolescentes alguna vez unidas según número de hijos que tenía la primera vez que usó anticonceptivos

País y año de la encuesta	**Nunca ha usado**	**Sin hijos**	**1 hijos**
Bolivia 2003	33,7	35,4	30,9
Brasil 1996	16,4	59,2	24,4
Colombia 2005	13,5	58,2	28,3
República Dominicana 2002	24,9	46	29,1
Guatemala 1998/99	73,3	11,2	15,5
Haití 2005	43,8	39,3	16,9
Honduras 2005	28,8	41,2	30
Nicaragua 2001	26,2	40,9	32,9
Perú 2000	28,8	35,3	35,9

Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] www.measuredhs.com, 19/03/2008, 18:30.

Ahora bien, las cifras de Colombia y Brasil introducen algunas sombras sobre la real efectividad de la anticoncepción usada por las adolescentes en la región. En efecto, en ambos países los índices de iniciación anticonceptiva en condición de nuliparidad han aumentado hasta situarse entre los niveles más altos de la región y, sin embargo, la fecundidad adolescente en ellos ha estado aumentando y actualmente no es particularmente baja. Ciertamente, lo anterior puede explicarse por el tercer factor antes mencionado, cual es que los y las adolescentes tienen menos pericia, experiencia y madurez para el uso de anticonceptivos y todo ello redunda en una menor eficiencia de los mismos. Aunque hay evidencia que apoya este planteamiento (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; Breinbauer y Maddaleno, 2005; Silber y Castells, 2003; Guzmán y otros, 2001), no hay espacio para considerar estas peculiaridades como insuperables. De hecho, la experiencia de España y Portugal es elocuente respecto de las capacidades que tienen los adolescentes para evitar embarazos no deseados mediante una protección anticonceptiva cabal, en particular cuando el entorno social y el familiar, así como las instituciones de salud, les dan espacio y medios para decidir.

Finalmente, cuando las dos variables intermedias que han sido relevadas en este capítulo (la edad de iniciación sexual y la protección anticonceptiva) se desagregan según situación socioeconómica (medida por nivel educativo), se advierte que las y los adolescentes con menos recur-

sos están frente a una "acumulación de factores de riesgo", pues se inician más temprano y registran niveles de protección anticonceptiva mucho menores (cuadro 8). Mientras esta situación persista, es altamente probable que la trayectoria reproductiva y, en general, la trayectoria vital de los adolescentes mantenga la segmentación socioeconómica actual. Y esto contribuirá a la reproducción de las desigualdades socioeconómicas, así como a la intensificación de la experiencia de ejercicio desigual de derechos por parte de las nuevas generaciones.

Cuadro 8
América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): Evolución de indicadores de iniciación sexual y de uso de anticonceptivos según condición socioeconómica

País y año	Edad mediana iniciación sexual (grupo de edad 20 a 24 años)			% de usuarias actuales de anticonceptivos modernos (adolescentes unidas)		
	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Sin educación	Primaria	Secundaria o más
Bolivia 1989	18.8	17.9	a	2.4	9.1	23.8
Bolivia 2003	17.2	17.3	19.8	17.8	30.2	46.4
Brasil 1986	17.9	19.3	a	39.5	57.7	61.2
Brasil 1996	15.6	18	19	56.6	66.1	75
Colombia 1986	17.8	17.9	a	42.8	49.2	60.2
Colombia 2005	16.1	16.2	18.1	57.4	67.5	69.1
República Dominicana 1986	15.6	17.5	a	32.4	46.7	49.6
República Dominicana 2002	15.2	16.2	19.8	62	66.4	65.5
Guatemala 1987[1]	17	18.3	a	8.6	24.3	46.2
Guatemala 1998/99	16.9	18.4	a	16	31.3	53.6
Haití 1994/95	17.5	18.5	20	8.4	15.2	23.2
Haití 2000	16.3	17	18.4	19.4	23.1	29.7
Nicaragua 1997/98	16.3	16.7	a	44.6	57.4	63.9
Nicaragua 2001	15.8	16.8	19.7	50.4	69.8	69.4
Perú 1986	18.5	18.2	a	7.6	17.1	35.7
Perú 2000	17.5	17.4	a	33	43.8	57.1

Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, www.measuredhs.com, 03/04/2008, 17:30.
a: menos del 50% se ha iniciado.

En suma, la hipótesis de la modernidad sexual truncada es fuertemente apoyada por los datos disponibles. Por su parte, la hipótesis de la modernidad social truncada tiene un carácter más general y abordarla en su plenitud es imposible en el contexto de este documento. Sin ofrecer un análisis empírico detallado –que no obstante está expuesto en CEPAL,

2004, texto en el cual se enuncian un conjunto de tensiones y paradojas que dan cuenta de la magnitud y profundidad de esta modernidad social truncada para los jóvenes–, esta se expresa con particular fuerza en la disociación entre un creciente acceso a la educación y una creciente restricción en materia de movilidad social y oportunidades. Lo anterior genera condiciones de exclusión concretas y, por ello, una sensación de fatalismo e impotencia que dificulta la construcción de un proyecto personal que suponga la acumulación de acreditaciones, la planificación a mediano plazo y la postergación de la gratificación. Tarde o temprano esto retroalimenta críticamente a la educación recibida, que pasa a ser considerada como inútil para la obtención de ingresos o la movilidad social. Y la combinación de este descrédito –que tiene, por cierto, bases objetivas vinculadas con la calidad inferior de la educación que reciben los pobres– con el conocimiento intersubjetivo sobre las incertidumbres y pocas oportunidades que ofrece el futuro para los pobres, erosiona severamente la proyección biográfica "moderna", que incluye la postergación de la reproducción hasta la conclusión de un ciclo previo de formación o incluso experimentación del mundo.

En este marco, y en un contexto asociado de factores culturales y psicosociales que amortiguan el impacto que objetivamente tiene la reproducción temprana sobre los progenitores adolescentes –tales como la red familiar y comunitaria[21]– y en un medio en el que la experiencia previa de maternidad temprana está muy presente (González y Molina, 2007; Flórez y Núñez, 2003; Guzmán y otros, 2001; Buvinic, 1998), para una parte significativa de los y las adolescentes tener un hijo antes de los 20 años no es un factor que genere gran desbarajuste. Más aún, en algunos casos la maternidad puede constituir un hito creador de sentido y de proyecto de vida. Por cierto, lo anteriormente expuesto en modo alguno exime de efectos adversos a la reproducción temprana. Claro está que habrá casos individuales en que estos no operarán, así como contextos culturales en donde no tendrán sentido (en particular grupos indígenas aislados o cerrados), pero salvo estas excepciones, la reproducción adolescente acarrea, a lo menos, complicaciones para los progenitores, su prole y, cada vez más, los abuelos de esta última. A todo lo anterior habría que añadir el impacto intergeneracional que significan las precarias condiciones en que vienen al mundo muchos hijos/as de madres adolescentes.

Reflexión final: insumos y desafíos de investigación y de política[22]

La resistencia a la baja en la reproducción en la adolescencia, junto a todos los problemas que conlleva, desafía a las políticas públicas: delata debilidades de diagnóstico y fracasos programáticos, al tiempo que claramente muestra la necesidad de criterios transversales y comple-

mentariedad en campos diversos de intervención. En tal sentido, al menos en cuatro ámbitos hay espacio para las políticas públicas.

El primero es el de la subjetividad adolescente, quienes por estar en pleno proceso de maduración y definición de identidad, y en una fase experimental y de despertar sexual, encuentran más dificultades para ejercer dominio estratégico en este plano o negociar con sus parejas las decisiones sobre actividad sexual y prevención de embarazos. Por lo mismo, las intervenciones deben apuntar a fortalecer la capacidad de reflexión, control y negociación de los y las adolescentes para evitar conductas de riesgo, ya sea mediante la abstinencia sexual o el uso de anticonceptivos. Esta capacidad se puede formar mediante una variedad de programas de sensibilización, que incluyen talleres para adolescentes, propaganda y sensibilización de otros actores cercanos; y también la transmisión de estas actitudes y conocimientos en los servicios de educación (el colegio) y salud (hospitales y consultorios). En este sentido, es imprescindible que los adolescentes conozcan su derecho a la salud reproductiva y puedan exigir su cumplimiento.

El segundo es el de la ambivalencia cultural que deriva del choque entre una creciente liberalización sexual que atañe a todas las edades –y que se expresa tanto en los códigos de conducta y comportamientos efectivos como en los mensajes y símbolos predominantes– y una persistente negación de autonomía en materia sexual para los adolescentes. Esto conformaría un síndrome de "modernidad sexual truncada" que promueve el ocultamiento de las relaciones sexuales y limita el acceso a información y servicios relevantes para la prevención de embarazos no deseados. La principal orientación de política de esta materia apunta a reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos y remover los obstáculos culturales y familiares que dificultan el ejercicio de una sexualidad segura desde la primera relación. Para esto es posible movilizar a los medios de comunicación de masas, programas comunitarios que apuntan a la comunicación familiar, y la promoción de servicios y de leyes de apoyo a las adolescentes, que constituyen siempre una señal a las familias sobre la importancia de transparentar el tema. Respecto de esto último, una familia presente, activa, dialogante, empática con la situación de los adolescentes de hoy y capaz de especificar límites y enfrentar constructivamente sus conflictos, suele ser un factor protector frente al embarazo temprano, sea porque contribuye a postergar la iniciación sexual o porque facilita una iniciación protegida.

El tercer ámbito atañe a las oportunidades de formación educativa y de integración productiva para los y las adolescentes. La escasez de oportunidades, que afecta a la mayoría de las y los adolescentes pobres de la región, puede llevarlos a considerar que la maternidad temprana queda como único proyecto de vida en que puedan afirmar autonomía, encontrar sentido y transitar a la adultez. Así, aunque sea de manera in-

directa y de efecto más tardío, ampliar las opciones que dan sentido de futuro a los y las adolescentes es una política clave para reducir la reproducción temprana en la región. Dos son las intervenciones más importantes y sistémicas en este sentido. La primera es al interior del sistema educativo, y apunta a mejorar las condiciones tanto de oferta como de demanda para que los y las adolescentes de sectores más pobres permanezcan en las escuelas, y tengan una progresión oportuna según la edad. En ese sentido, permanecer en la escuela y evitar el rezago blinda fuertemente a las adolescentes frente al riesgo o al deseo de embarazo. La segunda intervención se refiere a las oportunidades de capacitación laboral y tránsito del colegio al trabajo, que debieran intervenir precisamente en los años finales de la adolescencia.

El último ámbito refiere a los sesgos institucionales y sectoriales adversos a los adolescentes, en particular en el sector de la salud. En efecto, los programas de salud sexual y reproductiva para adultos se basan en supuestos de sistematicidad, autonomía y madurez que no se cumplen en el caso de los adolescentes. La ausencia de programas preventivos que consideren atención especializada, intervenciones integrales (incluyendo consejería) y principios de confidencialidad mantiene alejados a los adolescentes de los servicios oficiales. Reglamentaciones y dispositivos institucionales inapropiados (porque los tratan con desdén, porque les imponen horarios o condiciones difíciles, etc.) desalientan a los adolescentes a usar tales servicios. En este plano operan las reformas legales, institucionales y programáticas tendientes a brindar una atención de salud sexual y reproductiva oportuna, especializada, con confidencialidad, eficiente y sensible a los y las adolescentes.

Notas

[1] Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)-División de Población de la CEPAL, asistente de investigación, Área de Población y Desarrollo.

[2] Sobre definiciones de adolescencia y subetapas dentro de ella ver: Zubarew y otros, 2003; Dulanto 2000; Breibauer y Maddaleno, 2005. En esta última publicación se propone una nueva tipología de cuatro fases (incluye una de preadolescencia), siendo las fronteras etarias de cada una diferentes entre hombres y mujeres.

[3] Por cierto, el escenario institucional actual no es necesariamente uniforme porque las distintas instituciones sociales (familia, iglesia, escuela, Estado, etc.) se aproximan de manera diferenciada al tema.

[4] No obstante el amplio consenso sobre las complicaciones que acarrera la reproducción temprana en las sociedades modernas, todavía hay debate sobre la real magnitud de estas complicaciones (Pantelides, 2004; Guzmán y otros, 2001; Stern, 2005 y 2004; Furstenberg, 1998). Tres argumentos son los más usados por los autores escépticos de la gravedad de la maternidad adolescente: a) no es claro que la maternidad adolescente tenga más costos que beneficios entre ciertos seg-

mentos de la población: "….para grandes grupos de adolescentes, no es evidente que la maternidad temprana tenga más costos que beneficios" (Pantelides, 2004: 28); "Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida -así sea falsa en muchas ocasiones- a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios" (Stern, 2005); b) los estudios empíricos realizados en América Latina son escasos y, en general, no permiten cuantificar el real efecto de la maternidad adolescente porque carecen de datos de seguimiento: "En América Latina y el Caribe, prácticamente no se han realizado investigaciones empíricas sobre estos asuntos sobre estos asuntos, y tampoco hay información sobre la forma como las vidas posteriores de los padres de hijos de madres adolescentes son afectadas por su paternidad temprana. Hasta que se recoja más información sobre estas incógnitas, la evaluación de las consecuencias del embarzao en adolescentes todavía es una tarea repleta de incertidumbres (Guzmán y otros 2006: 180); c) el problema de la autoselección o endogeneidad de la relación maternidad adolescente-desempeño social enturbia todas las asociaciones estadísticas, incluso de estudios longitudinales: "Estimating precisely the consequences of early childberaing net of selection is impossible" (Furstenberg, 1998: 249). El autor del presente trabajo no comparte el escepticismo antes descrito, pero reconoce la necesidad de cautela y rigor que deriva de los planteamientos escépticos. Y ciertamente comparte la pertinencia de considerar el contexto en que ocurre esta reproducción, tal como lo sugiere uno de los autores escépticos más connotados aunque más moderado en la actualidad: "El problema del embarazo adolescente necesita ser analizado dentro de los parámetros que lo rodean, tales como la transición demográfica, la desigualdad social y la pobreza, el ambiente político y los procesos vigentes de cambio social y cultural" (Stern, 2004: 133).

[5] Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [on line], www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7e, párrafo 7.44 (b).

[6] Antedecedentes oficiales sobre esto están disponibles en: http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx

[7] No se hará aquí un examen comparativo de tiempos muy pretéritos o un seguimiento detallado de la experiencia de los países desarrollados en los últimos dos siglos en materia de fecundidad adolescente. No obstante, sí se estima que un esfuerzo de demografía histórica en esa línea sería de gran relevancia y utilidad.

[8] *The economic approach to fertility emphasizes the effects of parent's income and the cost of rearing children* (Becker y Barro, p. 69).

[9] Estos, en general, son más reacios a considerar la maximización del interés individual como factor explicativo central, porque subrayan las restriciones e influencia que ejercen las estructuras (instituciones, sistemas, relaciones de producción), los otros significativos, la cultura, la rutina y las formas tradicionales de hacer las cosas. Asimismo, también reconocen la presencia de factores subcons-

cientes y diferentes tipos de asimetría, que promueven comportamientos no explicables por la racionalidad individual (Bourdieu, 1999)

[10] *A la reducción al cálculo consciente opongo la relación de complicidad ontológica entre el habitus y el campo* (Bourdieu, 1999, p.144). En el mismo libro y refiriéndose a las dos reducciones centrales de utilitarismo microeconómico (los agentes se mueven por razones conscientes y procuran siempre lograr sus propósitos con la máxima eficacia al menor costo posible; toda motivación puede ser reducida a un beneficio en dinero) Pierre Bourdieu declara: *…toda mi labor ha consistido en rechazar estas dos reducciones* (p. 144).

[11] En Chile, la palabra "huacho" denomina a un hijo de padre desconocido.

[12] Lamentablemente, los registros suelen considerar solo el estado civil, lo que sobrestima la maternidad soltera porque no se capturan las relaciones de unión informal o noviazgo. Al respecto, véase INE-Chile, 2000.

[13] Relación que para ser considerada robusta debe controlar, al menos, el efecto de una variable interviniente que actúa sobre ambas, como es el nivel socioeconómico.

[14] El cálculo por edad simple permite descartar que esta tendencia se deba un cambio en la composición etaria dentro del grupo, en particular un aumento de la participación relativa de las edades 18 y 19 y, como contrapartida, una reducción de la participación relativa de las edades 17, 16, y 15; por su mayor tiempo de exposición al riesgo el factor exógeno debiera elevar artificialmente la maternidad adolescente. Respecto del contexto nupcial, el censo no presenta la limitación antes comentada de las estadísticas vitales, pues captura situación conyugal y, por lo mismo, identifica a las adolescentes unidas de manera consensual. Con todo, la situación conyugal es insuficiente en el caso de las madres adolescentes porque de existir un vínculo amoroso con los progenitores, este puede ser de noviazgo o incluso menos formal; por ello clasifican como soltera pese a que tienen pareja (y los niños/as cuentan con "padre").

[15] Hay otros programas mundiales de encuestas como las Living Standards Measurements Study Surveys (LSMS) del Banco Mundial y las Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) de UNICEF, pero en general no profundizan en los temas de reproducción. Los resultados de las encuestas LSMS se pueden revisar en www.worldbank.org/lsms; los de las MICS, en www.childinfo.org/mics.html.

[16] A diferencia del mundo desarrollado, en donde el adelantamiento de la iniciación sexual ha predominado en los últimos 50 años (Bozón, 2003)

[17] Asociado al desarrollo económico y social, y las mejores condiciones nutricionales (Silber y Castells, 2003; Bongaarts y Cohen, 1998).

[18] Ver, por ejemplo, resultados de las encuestas Fertility and Family Surveys, en su mayoría de la década de 1990 (www.unece.org/pau/ffs/welcome.htm).

[19] La distinción entre conocimiento y uso es muy relevante en la región porque mientras el primero es casi universal (lo que no significa que sea un conocimiento sólido sino solamente una identificación de métodos), el segundo es mucho más restringido. Respecto de los indicadores de uso, hay muchos (alguna vez usuarias, usuarias actuales, usuarias regulares, etc.), pero en el caso de las y los adolescentes los más relevantes tienen que ver con la protección en la primera (o las primeras) relación sexual, el número de hijos al primer uso y la regularidad del uso.

[20] Adicionalmente, en muchos países desarrollados el aborto está legalizado, lo que también incide en sus bajos niveles de fecundidad adolescente. Sin embargo, los elevados índices de uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual sugieren que es esta la variable relevante para explicar tales bajos índices de fecundidad adolescente.

[21] En particular las abuelas cuidadoras, la institución del padrinazgo y el apoyo de vecinas.

[22] Basado en CEPAL-OIJ, 2008, capítulo III, "Maternidad adolescente: exclusión y deudas pendientes en derechos reproductivos", pp. 75-85.

Bibliografía

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA y otros (2004), *Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL): El Salvador, 2002-2003: informe final*, Asociación Demográfica Salvadoreña, San Salvador

BECKER, G. y R. Barro (1986), "Altruism and the Economic Theory of Fertility", *Population and Development Review*, Vol. 12, Supplement: *Below-Replacement Fertility in Industrial Societies: Causes, Consequences, Policies*, Population Council, New York, pp. 69-76.

BINSTOCK, G. y E. Pantelides (2006), "La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico", documento presentado a la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CELADE-División de Población, 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago de Chile.

BONGAARTS, J. (1982), "Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad", *Ensayos sobre población y desarrollo*, N°. 3, Corporación Centro Regional de Población y Population Council, Bogotá, pp. 3-34,

BONGAARTS, J. y B. Cohen (1998), "Adolescent reproductive behavior in the developing world", *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, Population Council, New York, pp. 99-105.

BOURDIEU, P. (1999), *Razones prácticas*, Anagrama, Barcelona

BOZÓN, M. (2003), "À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", *Population et sociétés*, N° 391, Institut National d'Études Démographiques, Paris. [en línea] http://www.ined.fr/fichier/t_publication/542/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_391.pdf

BRAVO, Jorge (1992), "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene el enfoque difusionista?", *Notas de Población*, año XX, Nº 56, CELADE, Santiago de Chile.

BREINBAUER C. y M. Maddaleno (2005), *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*, , Pan American Health Organization, Washington.

BUVINIC, M. (1998) "The cost of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico", *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, , Population Council, New York, pp. 201-209.

CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007), "Potencialidades y aplicaciones de los datos censales: una contribución a la explotación del Censo de Población y Vivienda de Nicaragua 2005", *Serie Manuales* Nº 56 (LC/L.2786-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.119.

_____ (2004), "La fecundidad en América Latina: transición o revolución", *Serie Seminarios y Conferencias* N° 36 (LC/L.2097-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros (2005), *Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN)*, CEPAR, Quito.

_____ (2005). *Panorama Social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.

CEPAL-OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: Un modelo para armar* (LC/G.2391), CEPAL Santiago de Chile.

_____ (2004), *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias* (LC/L.2180), CEPAL, Santiago de Chile.

CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de la Población) (2005), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 2004, ENDSSR-2004: informe final, CEPEP, Asunción.

CHACKIEL, J. y S. Schkolnik (2003), *América Latina: los sectores rezagados en la transición a la fecundidad*, serie *Población y Desarrollo* N° 42 (LC/L.1952-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.120.

CHEN MOK, Mario y otros (2001), Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Copieco de San Pedro, San José (Costa Rica).

COALE, Ansley J. (1977), *La transición demográfica*, Serie D, Nº 86, CELADE, Santiago de Chile.

DI CESARE, M (2007), "Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe", *Serie Población y Desarrollo* Nº 72 (LC/L.2652-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. N° de venta: S.07.II.G.04

DI CESARE, M. y. J. Rodríguez (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", Papeles de población, Nº. 48, Universidad Autónoma del Estado de México, Ciudad de México, pp. 107-140.

DULANTO, E. (2000), *El adolescente*, McGraw-Hill Interamericana, Ciudad de México.

FISCHHOFF, B., E. Nightingale y J. Iannota (eds.) (2001), *Adolescent Risk and Vulnerability: Concepts and Measurement*, National Academy Press, Washinton D.C. [en línea] http://books.nap.edu/books/030907620X/html/index.html

FLÓREZ, C. y J. Núñez (2003), "Teenage childbearing in Latin American countries", en Duryea, S., A. Cox y M. Ureta (comps.), *Critical decision at a critical age, Adolescents and young adults in Latin America*, , Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Washington D.C., pp. 23-90

FURSTENBERG, F. (1998), "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries", *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, *Adolescent Reproductive Behavior in the Developing World*, Population Council, New York, pp. 246-253.

GIDDENS, A. (1998), *La transformación de la intimidad*, Cátedra, Madrid

GUZMÁN J., y otros (2006), *La démographie de l'Amerique latine et de la Caraïbe depuis 1950* (2006), Population (f), 61-5/6, setiembre-diciembre, pp. 621-733

_____ (2001), Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ciudad de México.

GONZÁLEZ, E. y T. Molina (2007), "Características de la maternidad adolescente de madres a hijas", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Volumen 72, N°.6, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago, pp.374-382.

HONDURAS, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (2002), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF-2001: Encuesta Nacional de Salud Masculina, ENSM-2001: informe final, Tegucigalpa, Ministerio de Salud Pública.

_____ (1997), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996: informe final, Tegucigalpa, Ministerio de Salud Pública.

INIDE (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, Nicaragua) (2008), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007: Informe preliminar, INIDE, Managua.

INE-Chile (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile) (2000), "Fecundidad juvenil", Santiago, *Enfoques estadísticos*, N° 9, [en línea] www.sexualidadjoven.cl/estudios/enf_fecundidad.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE GUATEMALA y otros (2003), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*, Guatemala, INE.

HIGHLIHTS FROM THE JAMAICA REPRODUCTIVE HEALT SURVEY, 2002-2003, [en línea] www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica_LD.htm

JUÁREZ , Fátima, Cecilia Gayet . Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población [en línea] 2005, (045):[fecha de consulta: 11 de noviembre de 2008] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11204508> ISSN 1405-7425

KIRK, D. (1996), "The demographic transition", *Population Studies*, Vol. 50, N° 3, Population Investigation Committee, London, pp. 361-387.

LÓPEZ A. y otros (2005), *Informe Juventud en España 2004*, INJUVE, Madrid.

MERTON, R.K. (1980), *Teoría y estructuras sociales*, FCE, Ciudad de México.

MONTESINOS, S. (1997), *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje en Chile*, Sudamericana, Santiago de Chile.

PALMA, I. (2003), "Paternidades entre los jóvenes: la evasión como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente", en José Olavar-

ría (ed.), *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*, FLACSO, Santiago de Chile, pp. 165-182.

PANTELIDES, E. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", Notas de Población, Año 31, N° 78 (LC/G.2229-9), CEPAL, Santiago de Chile, pp. 7-33. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.14.

PROFAMILIA (Asociación Pro Bienestar de la Familia Nicaragüense) (1993), *Encuesta sobre salud familiar Nicaragua 92-93: informe final*, PROFAMILIA, Managua.

RODRÍGUEZ J. (2005), "Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política", *Revista de la Cepal*, n° 86, pp 123-146. (LC/G.2282-P/E), CEPAL, Santiago de Chile.

RODRÍGUEZ J. y M. Hopenhayn (2007), "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos", (2007), *Desafíos*, No.4, CEPAL-UNICEF, Santiago de Chile, pp. 4-9 .

SCHMINK, M. (1984), Household Economic Strategies: Review and Research Agenda, *Latin American Research Review*, Vol. 19, N° 3, The Latin American Studies Association, Pittsburg, pp. 87-101,

SILBER, T., y P. Castells (2003), *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*, Planeta, Barcelona.

STERN, C. (2005), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica" [en línea] http://adolescenciatotal.blogspot.com/2005/11/el-embarazo-en-adolescentes.html

_____ (2004), "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", *Papeles de Población*, N° 39, Universidad Autónoma del Estado de México, Ciudad de México, pp. 129-158.

UNITED NATIONS (2007), *World Fertility Patterns 2007. Wall chart data*, Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York, [en línea] www.unpopulation.org.

ZUBAREW, T., M.I. Romero y F. Poblete (2003), *Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

DIMENSIONES CULTURALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Carlos E. Aramburú[1]
Rosario Arias Quincot[2]

Introducción

El tema que nos convoca es complejo y tiene múltiples conexiones que a veces son difíciles de precisar. Sobre el embarazo adolescente hay mucho que decir, desde las complicaciones médicas durante el embarazo y el costo que eso implica para los servicios de salud y el Estado, o las consecuencias demográficas, hasta el efecto en el desarrollo de los hijos y las limitaciones que puede implicar para que las jóvenes y sus familias puedan aprovechar las oportunidades tanto educativas como laborales. En la actualidad, muchos estudios prueban la vinculación entre el embarazo en la adolescencia y la reproducción de la pobreza. Es además un tema que tiene que ver con la inequidad que afecta a muchas mujeres en nuestros países, en especial a las más pobres y marginadas socialmente; es un tema que se relaciona también con el ejercicio del poder, con la construcción de la masculinidad y con la percepción que las jóvenes tienen de sí mismas y de su vida futura.

Por ello, por lo complejo del tema creemos que es importante entrar en el terreno de las construcciones culturales, de los "modelos mentales" (D`Andrade, Roy 1995); es decir, las representaciones que aparecen expresadas en el discurso; algunas de las cuales son bastante poderosas y se encuentran presentes en diferentes contextos, detrás de las decisiones (o de la imposibilidad de decidir) explicando las formas de actuar de los individuos y grupos sociales.

En el campo que nos ocupa, el embarazo adolescente es la parte visible, es como la punta de un iceberg. Por debajo hay una serie de procesos, imágenes, valores que no todos comparten de la misma manera, pero que se entrecruzan y tocan. Es decir, pueden coexistir varios modelos

mentales contradictorios. En literatura se habla mucho actualmente de la intertextualidad, es decir en una obra literaria determinada aparecen elementos presentes en otras. El texto se nutre de otros y a su vez, en el proceso de lectura, será interpretado a la luz de otros escritos. Esto significa que los textos aparecen en un entramado de relaciones. Pensamos que algo similar ocurre con los modelos mentales en el entramado social.

Para continuar esta reflexión cabría peguntarnos con Claudio Stern (1997): embarazo adolescente ¿problema? ¿para quién?

Fuentes y método

En esta ocasión queremos referirnos a la visión de las propias protagonistas recogida en una serie de investigaciones principalmente de tipo cualitativo en las que con diferentes objetivos, pero con una metodología similar, nos acercamos a las jóvenes para recoger sus percepciones, puntos de vistas, temores y expectativas en temas relacionados al embarazo temprano. Las investigaciones aludidas son las siguientes[3]:

- "El embarazo en la adolescencia y los servicios de salud" (1998) un estudio a nivel latinoamericano desarrollado por el "Proyecto de equidad de género y calidad de atención en los servicios de salud" de la OPS. Lo novedoso de este trabajo fue la determinación de emplear una metodología rigurosa de análisis del discurso basada en la semiótica que permitiera disminuir la manipulación de parte de los investigadores y recoger las construcciones subjetivas, valores y connotaciones de las jóvenes investigadas. Las informantes fueron adolescentes embarazadas o que habían sido madres el año anterior y que tenían entre 13 y 19 años. Se usaron para el recojo de información: entrevistas individuales: 12, y grupos focales: 2 (21 participantes). La localidad seleccionada para el caso peruano: Villa El Salvador, un barrio urbano marginal situado al norte de la capital, Lima. (Informe final: Arias, Aramburu, Aliaga, Álvarez)
- "Embarazo en la adolescencia y uso del seguro escolar gratuito" (2000) fue realizado por la Dirección de Salud Lima Este (Bertha Lévano y Martha Guevara) con el apoyo de UNICEF. Aquí el objetivo principal era ver por qué las jóvenes no usaban el Seguro Escolar Gratuito (SEG) en el caso de embarazo. La parte cuantitativa tuvo una muestra representativa de 400 adolescentes, de entre 10 y 19 años, a las que se les había diagnosticado (Fuente: Ministerio de Salud) embarazo entre los años 1998-99. Para la parte cualitativa se realizaron 4 grupos focales con adolescentes con las mismas características que las de la encuesta. (Informe final: Arias, Lévano, Guevara)
- "Uno empieza a alucinar… Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cuzco e Iquitos" (1999). Esta investigación fue realizada por Redess Jóvenes con el apoyo de la Fundación Summit, entre adolescentes varones y mujeres, activas y no ac-

tivas sexualmente, en tres contextos culturales. Se usó la técnica de los grupos focales, tres por ciudad. (Publicación: Arias y Aramburú. 1999)
- "Nuevos rostros y viejas costumbres" (2000) (Redess Jóvenes y Proyectos ISRRA de Population Concern) que reúne tres estudios sobre sexualidad en la adolescencia en el Ayacucho rural un departamento de la zona andina al sur del Perú (Publicación: Arias y Aramburú, Editores).

Para el presente artículo hemos regresado a las fuentes: al discurso recogido en estas investigaciones para constatar si existen con respecto al embarazo en la adolescencia modelos mentales compartidos, puntos comunes, encuentros. Se sabe, sin embargo, que la investigación cualitativa no tiene una representatividad estadística y que por ello los resultados de un estudio sólo son válidos para la población estudiada, por lo que no se pueden extrapolar más allá de los límites establecidos. En esta ocasión hemos realizado un esfuerzo comparativo para ver qué tienen en común las jóvenes de las zonas urbano marginales de Lima (el Agustino y Villa el Salvador), qué comparten con otras adolescentes de otras zonas de nuestro país como Cusco (sierra sur) e Iquitos (Amazonía) o con las adolescentes rurales de Ayacucho (sierra sur). Presentamos estos hallazgos, no como un producto terminado, sino como una sugerencia para profundizar en esta línea.

Nuestra hipótesis es que al estudiar las construcciones culturales del embarazo adolescente en mujeres de entre 10 y 19 años es importante tomar en cuenta tres factores:
- La experiencia sexual: las iniciadas y no iniciadas.
- La maternidad: las que son madres (o están embarazadas) y las que no lo son.
- El contexto cultural. En nuestro país, la costa mestiza y modernizada, la sierra andina y la selva amazónica conforman tres áreas culturalmente diferenciadas.

Para los efectos de este trabajo no hemos considerado a los hombres a pesar de estar convencidos de que la variable género es determinante en el estudio de este fenómeno. Otra variable importante es el estrato social, en este caso todas las informantes pertenecían al nivel socioeconómico D y E.

Resultados

Percepción del embarazo: cambios y limitaciones

La primera percepción generalizada en los discursos analizados es la visión del embarazo en la adolescencia como cambio.

"Ha cambiado de un momento a otro mi vida" (a).

Ese cambio está vinculado con sentimientos de marginación, abandono, soledad y dolor:

"Es doloroso para nosotros que todavía somos unas niñas, prácticamente somos unas niñas" (c-Iquitos).

Estos sentimientos se construyen en el discurso con referencia a la reacción de los otros actores (padres, pareja, amigos) que analizaremos más adelante.

El cambio producido por un embarazo a esa edad se relaciona en el discurso con **limitaciones** principalmente en cuanto a la posibilidad de continuar con los estudios. "*Me quedé en tercero"* declara con tristeza una de las informantes (a). La valoración de la educación está presente en todos los contextos, inclusive en la zona rural más tradicional, y se expresa por el deseo manifiesto de continuar con sus estudios en el futuro.

El embarazo es vinculado por muchas de las informantes con sentimientos de miedo y temor por la reacción que puedan tener los padres, por el abandono de parte de la pareja, por su situación futura al tener que dejar de estudiar, por *"estar en boca de todos"*, por la enorme responsabilidad que supone criar a un hijo. Por todo ello, hablan de sentirse "*deprimidas"* o "*tristes",* se refieren a su soledad e incomodidad y algunas expresan su deseo de "*volver a la normalidad"*.

En uno de los estudios (a), en que se profundizó más en el tema, las jóvenes presentaron al embarazo como un motor que las obliga a madurar y adquirir responsabilidad. Algunas recuerdan su época de *pata loca* y dividen su vida en un "antes" en el que sólo pensaban en la "*diversión"* y en la "*chivolada"* y un "ahora" en el que se han vuelto responsables y en el que se ocupan de cosas más importantes. En el "antes" quedó el ser "*jovial",* el gusto por "*salir",* el practicar deportes, el "*saltar"* y "*jugar por ahí con las amigas"*. En el "antes" quedaron las fiestas, los amigos, los paseos, la "*libertad"* y los estudios.

No falta quien se siente satisfecha con su situación, con la perspectiva de ser madre y por la protección de la pareja y la familia. En algunos casos, el embarazo es una forma de forzar un cambio en la vida: probar que pueden ser madres y demostrar con ello la hombría de su pareja como se verá más adelante.

Actores y reacciones frente al embarazo adolescente

Cambios en los amigos, reacciones en el colegio

Lo primero que se menciona en relación con los amigos es la dificultad de la joven embarazada para seguir perteneciendo al grupo. El dis-

tanciamiento se produce porque ésta no puede salir: "*Cuando uno está embarazada, tus amigos se van con otros amigos a fiestas" (a).* Podríamos decir que los amigos pertenecen al mundo de "antes" que es también el de la diversión. Además, muchas informantes mencionan un cambio éstos: *"te tratan diferente, cambian contigo, te miran diferente" (a).* Esto tiene que ver con una actitud crítica de su grupo de pares. En todos los contextos las informantes se refieren a las "*burlas", "cuchicheos", "indirectas".* En Lima Este una joven afirma*:*

"Me miraban mal mis compañeros, los que antes eran mis amigos… ¡Ay! Quién iba a pensar…" (b).

Otras tratan de ocultar el hecho:

"Nadie se percató de mi barriga hasta los cinco meses, ahí empezaron con las risitas y burlas" (b).

La actitud de los compañeros es muy importante para la joven, de manera tal que aunque reciba el apoyo de los padres y maestros, el temor al rechazo de los pares puede ser el motivo para el abandono escolar: "*para que mis compañeras no me critiquen" (b).* En algunos testimonios se hace diferencia entre las amigas íntimas que apoyan y consuelan y el resto de los compañeros que "*nada que ver" (b).* Este rechazo está vinculado con la "*vergüenza"* que dicen sentir y con el temor a ser catalogada como "*chica fácil".*

Según el discurso la actitud de los profesores es, en la mayoría de los casos, de crítica y rechazo como se aprecia en la cita siguiente:

"En el colegio cuando se enteraron (de mi embarazo) la profesora lo dijo por el parlante como un castigo para mí" (b).

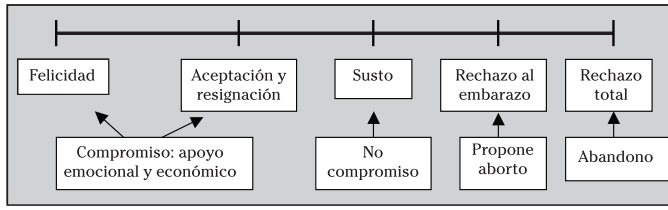
A menudo, tanto padres como maestros, consideran que una joven embarazada da *mal aspecto* al plantel, por lo que lo mejor sería lograr que abandonara sus estudios.

Reacción de la pareja

Las reacciones de las parejas frente a la noticia del embarazo son muy importantes para las informantes, ya que serán determinantes en la percepción y el sentimiento de la joven con respecto a su embarazo y su hijo. El ser abandonada es mal visto socialmente por lo que en estos casos se acrecienta el sensación de ser criticada, y consecuentemente la *vergüenza* y marginación. El sentirse apoyada y reconocida es un anhelo que aparece en el discurso y que se relaciona con el amor que las vuelve especiales a los ojos del enamorado. Las informantes de Lima se refirieron a su propia experiencia, relatando las reacciones variadas de sus parejas

que van desde el rechazo hasta la felicidad y que nos han permitido construir una escala al respecto.

Escala: reacción de la pareja



los testimonios se relata cómo a él "se le calentó la cabeza" y "se fue". O cómo "se quedó callado nomás… no dijo nada" (a) porque no se lo esperaba. Pero también hay parejas que se pusieron "felices, un poco asustados, pero alegres".

En el estudio realizado en el Agustino (Lima) (b) con una muestra de 400 madres adolescentes, se encontró que después del parto (1 ó 2 años) 51% de las chicas convivían con su pareja, mientras que en 49% de los casos ya no se encontraban juntos. Además es significativo que entre aquellas que pagaron por el parto (81% de la muestra total) fue la pareja la que asumió el gasto en un 50% de los casos. Esto quiere decir que la mitad de los embarazos adolescentes carecen del apoyo emocional y económico de sus parejas, teniendo las jóvenes madres y, en muchos casos, la familia de la chica, que sobrellevar la crianza del hijo.

Reacciones de la familia de origen

Una constante en el discurso es el temor que sienten las adolescentes con respecto a la reacción de sus padres frente a la noticia de su embarazo. En general las informantes de todos los contextos manifiestan que sus padres se oponen a que ellas tengan enamorado. Detrás de esta oposición está la creencia extendida de que esa es la mejor manera de evitar un embarazo temprano y no deseado. En los contextos andinos y más tradicionales esta tendencia es más marcada llegando incluso a la violencia. Al respecto una joven de Cusco cuenta su experiencia.

> *"Ya tenía 15 años y me seguían pegando peor, no querían que yo tenga un enamorado (…) no querían que yo salga a la calle (…) De ahí se enteraron que yo tenía mi enamorado, le contaron a mi hermano y mi hermano entonces me agarró a golpes"…(c-Cusco)*

Asimismo una joven limeña manifiesta:

(…) "Viene un compañero por un cuaderno, por decir "ya –me dice (mi papá)- ya despídelo a tu amigo, rápido porque van a decir tus tías que estás con él"." (c-Lima)

Otra constante es que "el qué dirán" es importante para los padres. Esta "protección" de las hijas es más marcada en la zona rural de Ayacucho en donde uno de los estudios llevado a cabo por Vecinos Perú (d) (Sueldo, Néstor y otros) aplicó una encuesta a más de 400 estudiantes. Los resultados confirman las tendencias encontradas en los estudios cualitativos. A pesar de que 62% de las mujeres entrevistadas declaran tener o haber tenido enamorado, el nivel de conocimiento del hecho por parte de los padres es mínimo: sólo 16% de los padres de las adolescentes de entre 15 y 19 años están enterados. De estos, más del 80% se oponen. En los grupos focales se confirma esta tendencia ya que aún aquellas que no tienen enamorado piensan que tendrían que ocultárselo a sus padres para evitar que se molesten, se pongan celosos o les peguen.

Conocimiento y oposición de los padres al enamorado de sus hijas

Mujeres por edad	Padres que sí saben que su hija tiene enamorado	Padres que no están de acuerdo con que su hija tenga enamorado
10 – 14 años	19%	56,3%
15 – 19 años	16,4%	80,5%
Total	17,1%	73,7%
	N =178	N = 119

Fuente: Sueldo, Nestor y otros. Informes ISRRA y "Nadie está libre de nada" en Arias y Aramburú (Ed.) Nuevos Rostros y viejas costumbres)

Como se afirma en este estudio: "Esta actitud poco permisiva e irreal de los padres frente al enamoramiento de sus hijas dificulta la comunicación y rodea a estas relaciones de afecto de un contexto de clandestinidad, incrementándose así el riesgo de una sexualidad temprana, poco orientada y desprotegida. La afectividad adolescente es, en consecuencia, una realidad negada por la mayoría de los padres en el medio rural andino. La atmósfera existente impulsa a los jóvenes al ocultamiento y a la clandestinidad, lo que hace que no se perciban las diferencias entre tener enamorado o mantener una actividad sexual precoz al ser todo ello parte de una conducta transgresora frente a las personas mayores que representan un rol de autoridad". (Sueldo y otros "Nadie está libre de nada" en Arias y Aramburú (Ed.) *Nuevos Rostros y viejas costumbres*).

Cuando ya se ha producido el embarazo, la actitud de los padres que más se menciona en el discurso es la del "*disgusto"* inicial y luego el "*apoyo"*. Es decir, "*primero se amargan, pero después pagan" (b).* En aquellos testimonios que cuentan su propia experiencia se refieren a madres

"*molestas", "decepcionadas"* por el comportamiento de las hijas y también a la pena se sintieron sus padres:

> *"Mi mamá primero se puso a llorar, no me gritó nada, me empezó a comprender (…) ahora me apoyan los dos (papá y mamá)" (a)*

La desesperación inicial de los padres es justificada en parte en el discurso debido a la preocupación de éstos por el futuro profesional de sus hijos. En los datos cuantitativos recogidos para el caso del Agustino (Lima), se ve el apoyo de los padres de la chica ya que en el 53% de los casos las madres adolescentes vivían en casa de sus padres y un 19% en la de sus suegros. Las jóvenes ven como normal y esperado el apoyo que sus padres deben darles:

> *"Mi papá sí, con mi mamá se amargaron. Casi me mata(n) (…) pero después se dieron cuenta y así, (…) siempre mi mamá y mi papá me apoyan bastante". (a)*

También se menciona el maltrato en el caso de aquellas a las que sus padres les pegaron, o el rechazo: *me han botado de mi casa. No me dan una mano a mí (a).* El abandono de parte de los padres crea desesperación y tristeza:

> *"Yo no estoy cerca de mis padres, me duele bastante criar sola a mi hijo (…) Vivo sola verdaderamente (sollozando) sin nadie que me vea. Quisiera irme a mi casa con mi mamá y no puedo. Aquí nomás sin hogar, sin poder regresar" (c-Iquitos)*

Pensar en el aborto

Como han demostrado otros estudios (Cardish, 1993) la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada a las opiniones y al apoyo de los padres, principalmente de la madre y de la pareja. La red social es la que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las adolescentes. En general en el discurso de las jóvenes, se encuentra una actitud de rechazo y temor frente al aborto. Las adolescentes sin experiencia sexual se ponen en el caso de chicas que tienen que "*recurrir" a eso* por no contar con el apoyo de sus padres ni de su pareja para criar a su hijo. Muchas de las informantes que tuvieron que afrontar un embarazo manifestaron haber pensado en un primer momento en abortar. Las principales razones para hacerlo son:

- Falta de apoyo de: pareja y/o de los padres
- Presión para que aborte de padres y/o pareja
- Vergüenza, deseo de ocultar *el mal paso;* temor al qué dirán; miedo a los demás
- Impedir que se enteren sus padres

- Desesperación
- Ocultar al enamorado que tuvo relaciones con otro
- Odio al padre del hijo que llevan dentro (violación)
- Poder continuar con sus estudios y planes para el futuro

La razón más mencionada para no acudir al aborto es sentirse apoyada por la pareja y/o los padres para continuar con su embarazo. También se menciona no haber encontrado a nadie que las acompañe y les dé valor para hacerlo; la falta de dinero para pagarlo o el temor a morir o quedar estéril.

En la encuesta aplicada en el Agustino (Lima) se encontró que 39% (148 casos) del total de entrevistadas había pensado en algún momento en el aborto, sin embargo solo 12% hizo algo para conseguirlo: informarse, tomar hierbas, ponerse inyecciones, y tan solo 4.1% acudieron a que le practiquen un aborto.

Razones por las que salen embarazadas

En el discurso de las informantes, la causa del embarazo en la adolescencia que es con mayor frecuencia mencionada por las informantes está vinculada al enamoramiento. Por ello, al referirse al inicio de la vida sexual, hablan de la "*prueba del amor";* de *la "ilusión":* ese sentimiento pasajero y efímero que a menudo se confunde con el "*verdadero amor":* duradero y profundo. De este modo el enamoramiento aparece como trasfondo de las otras razones mencionadas en el discurso.

La "casualidad" es una dimensión presente en el discurso, sobre todo en el caso de aquellas que se encuentran embarazadas o que ya son madres. La mayoría de las que hablaron de su propia experiencia, declararon no haber deseado tener un hijo. Expresiones como: "*yo qué iba a pensar que iba a salir";* o "*yo pensaba que no me iba a pasar" (a)* aparecen una y otra vez en el discurso. Esta incredulidad de que a "ellas les haya tocado" supone una idea profunda de un destino misterioso guiado por la "casualidad" que las exime de responsabilidad; supone además el convencimiento de que las adolescentes no son fértiles o de que las primeras relaciones no conducen al embarazo. Y*o "era chiquilla"* repite una y otra vez una de las informantes embarazadas con el convencimiento de que ese solo hecho era un factor protector. Esto afecta también el uso de métodos anticonceptivos que no son vistos como necesarios. La mayoría ante la pregunta directa de si se están cuidando responden que sí lo hacen, que se cuidan "*con su regla"*, y expresan temores a los efectos de pastillas (nervios, dolores de cabeza) e inyecciones y a la incomodidad del uso del condón (sobre todo en referencia a las opiniones de sus parejas).

La metáfora de la ruleta sería útil para representar este modelo mental en el que muchas chicas son activas sexualmente, pero sólo a algunas, por razones misteriosas, les cae el flechazo del destino haciendo vi-

sible su comportamiento: y con el embarazo viene la censura social inclusive de sus propios pares, de sus amigos.

La otra causa mencionada para justificar el embarazo en la adolescencia, sobre todo entre las que aun no se han iniciado sexualmente, es la falta de comunicación con los padres. Se los responsabiliza por no haberlas informado, por prohibirles tener enamorado. El término "comunicación" es intrincado y esconde una problemática mucho más compleja que tiene que ver con el poder y la libertad, con compromisos y negociaciones de los que están compuestas las relaciones al interior de la familia (c).

La falta de orientación e información también son vista como causas: "es que no han tenido orientación; es que no les dan orientación abierta. Lo ocultan porque son niñas, dicen" (c- Cusco e Iquitos). Esto se relaciona con el temor de preguntar, con el miedo de ser juzgadas si acuden a los servicios de salud. Por ello, "el miedo" y "la vergüenza" se convierten en causas del embarazo.

El alcohol es otra de las causas que, según las declaraciones de las adolescentes, lleva a muchas chicas a perder el control de sí mismas propiciando un embarazado no deseado.

Finalmente, se refieren a la violación y abuso, que genera situaciones insoportables como la siguiente: "*yo me sentí mal (por estar embarazada), al hombre le tengo asco (…) al que me hizo esto (conviviente de la madre)" (a).* Lo anterior se relaciona con el modelo mental, bastante extendido, de la necesidad del desfogue sexual masculino: "*es mejor desfogarse con esperma y no con sangre" (d) (violencia)* afirmaba un profesor en Ayacucho rural. Los hombres "*se vuelven locos si no hacen relaciones sexuales"* decía una joven de Lima (c). Habría que investigar más profundamente los elementos que entran en juego en la construcción de la masculinidad y que llegan a convertir en comportamientos más o menos aceptables: el forzar, *tumbar*, mentir o engañar y finalmente violar.

Entre las causas para querer salir embarazadas se menciona el deseo de consolidar la unión con su pareja:

> *"Deseaba tener un bebito porque me sentía mal, quería llevar una vida legal, antes había tenido una vida liberal y quería un bebé con mi esposo, con él me llevo bien (…)" (a)*

También se menciona el deseo de probar que no son estériles o la determinación de forzar los hechos para *atrapar al chico*, o lograr la aceptación de sus padres:

> *"Yo metí la pata porque mi papá no quería que estea con él. O sea pensando yo, o pensando los dos (…) teniendo un hijo íbamos a poder vernos, y estar juntos (…)" (c-Lima)*

Es significativo por ausencia, lo poco que aparece el tema de la comunicación con la pareja en relación a todo lo relativo a la práctica sexual. Por ello, desde el punto de vista de las adolescentes entrevistadas, las causas del embarazo tienen que ver más con la suerte, el descuido personal o la falta de comunicación con los padres. La comunicación con la pareja para el uso de anticonceptivo y para decidir su futuro es una dimensión de la educación sexual que debe ser considerada en programas y acciones orientadas a prevenir el embarazo no deseado entre las adolescentes.

Implicancias prácticas

- Es importante conocer los "modelos mentales" que son construcciones que orientan las acciones de los individuos, y que, a veces, pueden estar bastante generalizadas. Es necesario además, tener en cuenta que estas representaciones pueden ser no evidentes, de allí la importancia de continuar con esta línea de investigación.
- Estos estudios deben incorporar una perspectiva de género que nos permita involucrar a los varones, para ver encuentros y desencuentro con el discurso femenino, conocer las relaciones de poder, entre otros temas claves. Las representaciones masculinas en torno a la sexualidad y al embarazo constituyen un factor fundamental para explicar la alta incidencia de embarazo adolescente en nuestro país.
- En las acciones dirigidas a adolescentes, es importante tener en cuenta que las adolescente que aún no se han iniciado sexualmente tienden a negar su sexualidad al posicionarse como "*niñas"*, por lo que no se proyectan ni preparan para afrontar situaciones que pueden terminar en un embarazo no deseado (aún más existe la creencia de que, a diferencia de los hombres, las mujeres no necesitan desfogarse sexualmente porque se desfogan con la regla una vez al mes; este es un modelo mental que niega el placer para las mujeres).
- La adolescente embarazada indudablemente se encuentra en un estado de ánimo frágil que requiere del apoyo no sólo de sus familiares, sino también de sus amigos y compañeros. Es un reto social encontrar mecanismos de apoyo a nivel de la familia, la escuela o el centro de salud, que sean capaces de promover la cultura de la responsabilidad sin penalizar a estas niñas que como decía una trabajadora de salud: "*Todavía no acaban de ser hijas y ya son madres" (a).*
- Es imperativo sacar a la luz los modelos mentales en torno al embarazo en la adolescencia y presentar su valor explicativo que es no evidente para las propias involucradas. La idea de *"no me va a pasar a mí"* tan generalizada, unida al carácter inesperado, no planeado y a veces forzado del inicio sexual, o la permanencia del modelo mental de: *"la chica*

buena es la que no planea" tan difundido desde la época de las radio novelas, evitan que muchas jóvenes de nuestros países sean capaces de decidir su destino.

Notas

[1] Pontificia Universidad Católica del Perú.
[2] REDESS JÓVENES
[3] En los testimonios citados a continuación se establece la fuente de origen de cada cita según la relación anterior: a, b, c, d.

Bibliografía

ARIAS Q, Rosario, Carlos E. Aramburú, Elizabeth Aliaga y Graciela Álvarez. *El embarazo en la adolescencia y los servicios de salud. Análisis antropológico y semio-lingüístico de entrevistas en profundidad y las dinámicas grupales. Informe final.* Investigación desarrollada dentro del Proyecto de equidad de género en la dimensión socio emocional de la calidad de la atención de los servicios de salud - OPS. Lima: noviembre de 1997.

ARIAS, Rosario, Carlos E. Aramburú. *Uno empieza a alucinar… Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos.* Redess Jóvenes, Fundación Summit, Lima: 1999.

Arias Quincot, Rosario y Carlos E. Aramburú (Editores) *Nuevos rostros y viejas costumbres: Sexualidad y salud sexual y reproductiva entre jóvenes andinos.* Redess Jóvenes y Proyectos ISRRA Population Concern. Lima: 2000.

ARIAS, Rosario, Bertha Lévano y Martha Guevara. *Informe final. Embarazo en la adolescencia y el uso del seguro escolar en el ámbito de la DISA Lima-Este.* Informe presentado a UNICEF. Lima: Julio 2000.

CÁCERES, Carlos (Ed.). *La salud sexual como derecho en el Perú de hoy. Ocho estudios sobre salud, género y derechos sexuales entre los jóvenes y otros grupos vulnerables.* Lima, Redess Jóvenes y Fundación Ford. 2002.

CARDICH, Rosario. *Visiones del aborto: nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto.* Lima: Movimiento Manuela Ramos y Population Council. 1993.

DÀNDRADE, Roy. *The Development of Cognitive Anthropology.* UK: Cambridge University Press. 1995.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL y Institute of Medicine. *Growing Up Global; The Changing Transitions To Adulthood In Developing Countries.* Washington D.C., The National Academy Press, 2005.

STERN, Claudio y E. García. *Hacia un Nuevo enfoque del embarazo adolescente.* México: COLMEX, 1997.

LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS JÓVENES EN DOS PAÍSES LATINOAMERICANOS Y SU RELACIÓN CON LOS CONTEXTOS SOCIALES Y LA DESIGUALDAD

Ivonne Szasz[1]

Introducción

El presente trabajo tiene por finalidad explorar las posibles relaciones existentes entre las características de escolaridad y ocupacionales de la población joven en dos países latinoamericanos y los cambios recientes en las pautas de inicio de la vida sexual y el emparejamiento heterosexual de los jóvenes en ambos contextos.

Se busca comparar las situaciones de México y Chile porque, si bien ambos países comparten una extrema desigualdad en la distribución del ingreso, son diferentes en cuanto a las características del mercado de trabajo y la escolaridad de los jóvenes, así como en la separación entre prácticas sexuales y vida conyugal de las mujeres. La diferencia principal consiste en que en Chile las prácticas sexuales se inician predominantemente antes de la unión conyugal y mientras los y las jóvenes están estudiando, mientras que en México son más heterogéneas. La hipótesis consiste en que estas diferencias están relacionadas con la velocidad y la intensidad con la cual ambos países han transitado desde un modelo de estado bienestar hacia un modelo de estado subsidiario, o desde una economía mixta con importante participación estatal hacia una economía de mercado orientada a la exportación. Se trata de un ensayo exploratorio, pues resulta aventurado proponer una influencia de características de la estructura social en la homogeneidad o heterogneidad de las prácticas sexuales de los jóvenes.

Por la complejidad que representa captar prácticas sexuales trasgresoras de las normas hegemónicas en una encuesta por muestreo, esta

exploración se limitará a lo que declaran los jóvenes, hombres y mujeres, sobre sus prácticas heterosexuales en las encuestas por muestreo. Considero importante tomar en cuenta ciertas características estructurales de las sociedades, además de los cambios culturales, para el diseño de políticas públicas relacionadas con los comportamientos sexuales.

Cambios en el mundo del trabajo y cambios en las relaciones de género y en la sexualidad.

La demografía histórica y antropológica ha propuesto la existencia de relaciones entre las transformaciones de la estructura productiva y los cambios en las pautas reproductivas, de emparejamiento y de parentesco que se relacionan con cambios en las normas y las prácticas sexuales (Tilly, 1978; Caldwell, 1982; Bozon y Leridon, 1996). De acuerdo con estos planteamientos, las gigantescas transformaciones en las pautas reproductivas de la población latinoamericana ocurridas durante el siglo XX se relacionan con la expansión del trabajo asalariado, el retroceso de las formas campesinas de producción y el papel del estado benefactor como garante de la conciliación entre familia y trabajo. Tanto los procesos de industrialización sustitutiva de importaciones como el carácter público de los servicios educativos, de salud, de vivienda y de seguridad social permitieron el predominio de las formas modernas de emparejamiento y procreación en la región, basadas en la idea del amor romántico, la libertad de elección del cónyuge y la división genérica del trabajo consistente en un jefe de familia varón y proveedor, una mujer esposa dedicada a las labores del hogar y la crianza, y unos hijos que asisten a la escuela por periodos prolongados (Olavarría, 2006:40-60).

Por otra parte, la literatura económica y sociológica y la socio-demografía de los mercados de trabajo afirma que en las últimas décadas del siglo XX se ha producido una gigantesca transformación productiva en escala global. El mecanismo fundamental de la acumulación de capitales dejó de ser la apropiación de plusvalía en los procesos manufactureros de las grandes ciudades. El estudio de la división sexual del trabajo, de las relaciones de género, de los vínculos entre el sector formal y el informal de la economía, de las formas de trabajo no pagado y de las gigantescas migraciones laborales ha pasado a ser central para comprender los actuales procesos de precarización e inestabilidad en los mercados de trabajo, así como en la incertidumbre respecto de las trayectorias laborales de las personas. Las diferencias en los precios y los salarios a nivel global y los vínculos entre bajos salarios y trabajo no pagado en los hogares son centrales para entender las formas actuales de acumulación de capitales.

Los sistemas de producción flexibles generan inestabilidad y fluctuaciones en los puestos de trabajo y extensiones o reducciones en los horarios laborales que han modificado radicalmente la organización de la

vida cotidiana y los significados de la reproducción y la sexualidad. La privatización de servicios que durante los procesos de industrialización fueron públicos, el cuestionamiento del rol proveedor masculino relacionado con la disminución de los costos de producción en busca de competitividad, así como la creciente participación laboral de las mujeres modificaron profundamente las relaciones íntimas y la vida cotidiana (Olavarría, 2006: 61).

El modelo de economía de mercado ha impulsado paralelamente una expansión de la educación media superior y superior y una disminución de los salarios de los trabajadores con elevados grados de educación formal. La relación existente entre escolaridad secundaria o terciaria y pertenencia a los sectores sociales medio-altos y altos se está modificando en las sociedades latinoamericanas, en el sentido de que mientras el acceso a la enseñanza media y superior se está expandiendo, los estudios ya no garantizan por sí solos ni un ingreso elevado ni un lugar seguro en los mercados de trabajo. Al mismo tiempo, la masificación de la enseñanza media y de los medios masivos de comunicación está tendiendo a homogeneizar algunos comportamientos y estilos de vida, incluyendo las prácticas sexuales de los jóvenes.

Conjuntamente con estos importantes cambios en el mundo del trabajo y en el carácter del estado, en el contexto europeo se ha producido una fuerte transformación de las relaciones íntimas, incluyendo las prácticas sexuales, los vínculos amorosos, el emparejamiento y la vida marital, acompañadas de muy baja fecundidad. La demografía ha empezado a estudiar y comparar las prácticas sexuales, observando que en las generaciones más jóvenes las trayectorias sexuales de hombres y mujeres tienden a ser más similares y se desvinculan de la vida marital. Se debate sobre un posible debilitamiento de la influencia de las instituciones y de las estructuras sociales en la configuración de las prácticas sexuales y de emparejamiento. Mientras que para algunos enfoques, el debilitamiento de la unión conyugal estable como único marco aceptado para las prácticas sexuales y el descenso de la fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo constituyen una transición demográfica que se extenderá a toda la modernidad contemporánea (segunda transición demográfica), otros pensadores estiman que existe una estrecha relación entre los cambios en la sexualidad, el matrimonio y la fecundidad con los cambios en el mundo del trabajo, que lejos del ideal de la familia con padre proveedor, hijos estudiantes y madre dedicada al hogar generan una diversidad de realidades de vida privada, de formas familiares y de intimidad sexual (Livi-Bacci, 2004; Lucker 1995; Olavarría 2006: 61).

Las normas sobre los comportamientos sexuales en el mundo contemporáneo.

Si bien en el mundo se ha expandido una normatividad característica de las formas presentes de intimidad sexual, continúan existiendo diferencias muy marcadas en lo que las personas declaran en encuestas por muestreo sobre sus prácticas heterosexuales. La proliferación de discursos sobre la sexualidad, los crecientes procesos de individuación y de interiorización de las normas y la hegemonía de una normatividad cientificista sobre la sexualidad en los países occidentales y occidentalizados no implica una liberación de las prácticas sexuales respecto de las relaciones de poder imperantes en todo orden social, sino que se relaciona con transformaciones en esas jerarquías sociales. En este trabajo se busca ubicar las declaraciones de los adolescentes sobre sus prácticas sexuales en el orden social generado por las transformaciones hacia sociedades exportadoras de libre mercado en las cuales el estado juega un papel subsidiario.

La hipótesis central que orienta este trabajo propone que en América Latina coexisten diversas realidades y diversas normas respecto de las prácticas sexuales de los jóvenes. En algunos segmentos de nuestras sociedades, sobre todo en las zonas rurales y en los estratos de menor ingreso socioeconómico, las normas que vinculan la sexualidad de las mujeres jóvenes al parentesco y al matrimonio continúan siendo observadas. En otros contextos y grupos sociales más modernizados y escolarizados, donde se exigen mayores niveles de autonomía a los individuos, las normas sobre el comportamiento sexual adecuado se multiplican y diversifican, correspondiendo más a un campo de decisión y responsabilidad individual que a una vigilancia social.

Una manifestación evidente de las sexualidades como un campo donde intervienen relaciones de poder y desigualdades sociales se refiere al orden de género y la persistente diferencia en las declaraciones de hombres y mujeres sobre sus prácticas heterosexuales, aún en los países occidentales más modernos. Otro indicio de los vínculos entre expresiones de la sexualidad y desigualdad social son las diferencias de los países Europeos entre sí, y de las diversas regiones del mundo. En América Latina juegan un papel muy importante las diferencias por clase social o por estrato socioeconómico.

Los indicadores demográficos que dan cuenta de diferencias en las prácticas sexuales entre países y regiones señalan que en los países del norte de Europa y algunos del centro de ese continente, la unión marital se ha hecho más tardía y el inicio de la vida sexual se ha hecho más temprano y semejante para ambos sexos, separando la vida sexual de la vida matrimonial incluso entre las mujeres. Las trayectorias sexuales de hombres y mujeres son semejantes, ya que ambos inician sus actividades sexuales a edades semejantes y en relaciones o encuentros completamente

desvinculados de la vida marital. Tanto en Estados Unidos como en el centro y norte de Europa, en años anteriores hombres y mujeres también iniciaban sus actividades sexuales en edades semejantes, pero eran más tardías. Esas edades eran cercanas a las edades de comienzo de la vida marital para ambos sexos, pero sobre todo para las mujeres. Los principales cambios recientes consisten en el comienzo más temprano de las relaciones para ambos sexos y su desvinculación del matrimonio, cambio que se vincula también con la extensión de la educación media superior al conjunto de las poblaciones de esos países y con la prevención de los embarazos y nacimientos entre la población soltera. En cambio, en muchas sociedades latinoamericanas, en los países latinos del sur de Europa y en algunos países de Asia persiste un elevado control social de la sexualidad de las mujeres, un inicio de las relaciones sexuales relativamente tardío en esas mujeres y una gran cercanía entre relaciones sexuales de las mujeres y uniones conyugales. El uso de anticonceptivos se concentra en los países latinoamericanos en las mujeres unidas maritalmente que ya tienen hijos. Los varones tienen un comienzo de la vida sexual más temprano que las mujeres, vinculado a presiones sociales y afirmaciones de la virilidad, existiendo proporciones importantes de inicio sexual con mujeres de mayor edad y con trabajadoras del sexo comercial. En estas sociedades, las trayectorias sexuales de mujeres y hombres son muy diferenciadas, pues en las mujeres se identifican más con las trayectorias maritales y en los hombres la trayectoria sexual y la matrimonial suelen ser muy separadas, sobre todo al inicio. En otras regiones del mundo, como el África sub-sahariana, las mujeres se unen maritalmente desde la pubertad empezando su vida sexual y reproductiva muy temprano. En cambio, los hombres se unen maritalmente a edades mucho mayores, existiendo fuertes diferencias de edad entre esposos y amplios periodos de sexualidad pre marital para los hombres (Bozon, 2003).

En el caso específico de América Latina, algunas investigaciones recientes sugieren que las transformaciones contemporáneas de la intimidad se dan de manera diferenciada para hombres y mujeres, entre generaciones y entre grupos sociales desiguales (Valdés, Gysling y Benavente, 1996; Bozon y Heilborn, 2006; Stern y Menkes 2008; Szasz 2008). Dada la persistente desigualdad social existente en América Latina y su heterogeneidad, el debate sobre las posibilidades de extensión de los cambios ocurridos en Europa Occidental hacia América Latina, y de conceptualizarlos como una "segunda transición demográfica" se tornan aún más controvertidos.

Las prácticas sexuales de los adolescentes en México y en Chile a comienzos del Siglo XXI. Desigualdades de género y clase social.

México y Chile son dos contextos latinoamericanos "emergentes" en términos de su crecimiento económico e ingreso *per cápita,* que coinciden también en una distribución extremadamente desigual de los ingresos que tiende a aumentar. Sin embargo, las vidas de los jóvenes de 15 a 19 años en ambos países parecen bastante diferentes. En Chile, a pesar de la acentuada y creciente desigualdad en los ingresos, cerca del 70% de los adolescentes de 15 a 19 años de ambos sexos cursan la educación media superior, mientras que en México esa cifra es cercana al 45% de los jóvenes (CEPAL, 2004: 331 y 332). Esta diferencia determina experiencias semejantes para el 70% de los jóvenes de 15 a 19 años en Chile, mientras que poco más de la mitad de los adolescentes mexicanos permanecen fuera del sistema escolar y viven experiencias muy divergentes de trabajo, migración, maternidad, paternidad y formación de parejas conyugales. Más de una cuarta parte de los varones de ese grupo de edad se dedican exclusivamente a trabajar y un porcentaje superior al 10% de las jóvenes de 15-19 años inician su vida marital en esa etapa de la vida. Cerca del 80% de los embarazos en la adolescencia en México ocurren entre jovencitas que ya están unidas maritalmente o que se unen con su pareja a raíz del embarazo (Stern y Menkes 2008: 367).

Estas profundas diferencias en las experiencias que viven los jóvenes chilenos y los mexicanos entre los 15 y 19 años se expresan también en las prácticas sexuales. Una primera mirada a las encuestas por muestreo que dan cuenta de las prácticas sexuales declaradas por los jóvenes de 15 a 19 años en ambos países a comienzos del siglo XXI sugiere la necesidad de profundizar en las posibles relaciones existentes entre las diferencias estructurales en los estilos de desarrollo de ambos países, las condiciones materiales y sociales que viven los jóvenes de los dos contextos y las políticas sexuales diferenciadas que se deben pensar para contextos distintos. Mientras que las experiencias de vida de dos tercios de los adolescentes chilenos de diferentes estratos de ingreso y de distinto sexo parecen más homogéneas por compartir la asistencia escolar, las de los jóvenes mexicanos son mucho más heterogéneas, sobre todo entre hombres y mujeres y también según estratos de ingreso.

En Chile, el 100% de los hombres y las mujeres que tenían 25 años en 2006 declararon que ya habían tenido relaciones sexuales (Dides et.al., 2008: 18). En México, una proporción superior al 40% de las mujeres retrasa el inicio de su vida sexual (al menos en las declaraciones que hacen en las encuestas) hasta después de los 19 años y una quinta parte hasta después de los 24 años, especialmente si residen en zonas urbanas y ac-

ceden a una escolaridad elevada (Solís, Gayet y Juárez, 2008: 408; Szasz 2008: 444).

Si bien más de dos tercios de los chicos y chicas de 15 a 19 años en Chile asisten a la escuela, las proporciones varían desde menos del 70% en los estratos bajos hasta más del 85% en el estrato alto. En México, la variación es mayor, desde menos de una cuarta parte de los adolescentes en los estratos muy bajos hasta más del 80% en el estrato de ingresos más alto (OIT 2007, Chile; OIT 2007, México).

En ambos países, una proporción importante de los jóvenes adolescentes que no asisten a la escuela trabajan o busca trabajo. Las diferencias consisten en que en Chile la proporción de participación en la población económicamente activa es menor, las tasas de desempleo son mayores, hay más posibilidades de trabajo decente para los adolescentes y hay menos diferencias entre hombres y mujeres. En México la proporción de adolescentes que trabaja es mayor y el desempleo es menor, pero el 80% de quienes trabajan son varones y su inserción en condiciones informales de trabajo es elevada. En las mujeres adolescentes la proporción de quienes participan en la actividad económica y de quienes son madres es semejante (OIT 2007, Chile; OIT 2007, México).

Aunque en Chile las experiencias de vida de los adolescentes hombres y mujeres son más semejantes porque ambos sexos viven una asistencia escolar prolongada, hay diferencias por estratos socioeconómico en sus experiencias sexuales. En los dos países analizados, más de – partes del embarazo y la fecundidad en adolescentes se concentra en los estratos socioeconómicos más bajos. En ambos contextos, las relaciones sexuales más tempranas de las adolescentes se producen en los estratos socioeconómicos más bajos y con menor asistencia escolar, pero se trata de unas relaciones sexuales que resultan en maternidad temprana en el caso de Chile y en uniones conyugales tempranas en el caso de México. Mientras en México en 80% de los casos las jovencitas que se embarazan en la adolescencia viven con una pareja marital desde antes o durante el embarazo, en Chile la inmensa mayoría se transforman en madres solteras. Las diferencias por estratos socioeconómicos sugieren que la mayor permanencia escolar no solamente permite a los y las jóvenes de los estratos económicos altos continuar su educación después de los 20 años y tener inserciones laborales ventajosas, sino que también les facilita mantener relaciones sexuales en vínculos afectivos desligados de la procreación y del matrimonio (OIT 2007: Chile y México; Rodríguez, 2005; Olavarría 2007: 21 y 22; Stern y Menkes 2008: 358 y 367; Szasz 2008: 442 y 446).

Si bien en ambos países casi la totalidad de los jóvenes varones permanecen solteros hasta los 20 años, en México la proporción de quienes contraen una unión marital antes de esa edad es ligeramente mayor. La diferencia más importante aparece entre las mujeres adolescentes: mientras en Chile solamente 5.3% de ellas vivía con una pareja conyugal,

en México esa cifra se eleva al 15% de las jovencitas de 15 a 19 años (Chile: Olavarría, 2006: 179; México: cálculos propios con base en la Encuesta Nacional de la Juventud 2005).

En ambos países, son los adolescentes de los estratos económicos bajos y muy bajos quienes con mayor frecuencia no estudian y se dedican exclusivamente a trabajar, y en ambos países, las jovencitas de esos estratos socioeconómicos contraen uniones maritales tempranas en una proporción mayor. El solo hecho de cursar la enseñanza media-superior, aún en las jovencitas de más bajos ingresos, puede contribuir a diferir la edad a la primera relación sexual y la primera unión marital en México, mientras que en Chile únicamente ayuda a posponer las uniones maritales, pero no evita las relaciones sexuales tempranas (Olavarría 2006: 177-181; Szasz 2008: 442 y 443).

La diferencia más marcada se observa en las mujeres mexicanas respecto de los hombres adolescentes en el mismo país y de mujeres y hombres en Chile: un 15% de las mexicanas de 15 a 19 años entrevistadas en la Encuesta Nacional de la Juventud de 2005 ya se encontraban casadas, conviviendo con una pareja o separadas. A este factor contribuye que en México tanto el 50% de las mujeres como de los varones unidos maritalmente declaran en las encuestas por muestreo que su primera residencia marital fue la casa de los padres de él, de ella o de otros parientes (Szasz 2008; Contreras, 2006). Esta opción de llevarse a una joven a la casa de sus padres para iniciar una unión conyugal, tan extendida en México, no parecen tenerla los adolescentes chilenos, quienes tienden a iniciar las relaciones sexuales durante la adolescencia, pero fuera del contexto de una unión conyugal.

Si bien en ambos países se observan diferencias de género (las mujeres posponen más el inicio de las relaciones sexuales y una proporción menor se declara sexualmente activa en la adolescencia) las declaraciones de los jóvenes y las jovencitas en Chile tienden a ser más semejantes. La proporción de hombres y mujeres adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales es cercana y una abrumadora mayoría inicia esas relaciones sexuales en una relación de noviazgo o "pololeo", aunque una proporción minoritaria de los varones adolescentes las empieza con una amiga o en una relación ocasional. Es decir, casi todos los adolescentes que tienen relaciones sexuales las tienen fuera del contexto de una relación marital (INJUV, 2007; Olavarría, 2007: 171-177).

En cambio, el contraste entre hombres y mujeres en México es notable, no solamente porque apenas una cuarta parte de las chicas de 15 a 19 años reconoce haber tenido relaciones sexuales, sino también porque la mayor parte de ellas ya están o han estado unidas o casadas. Apenas un poco más de un 10% de ellas se atreve a manifestar ser sexualmente activa a pesar de no estar casada o unida, mientras que en Chile el 95% de las adolescentes que declaran tener relaciones sexuales no viven con una pa-

reja conyugal. En ambos países, las adolescentes solteras sostienen esas relaciones sexuales con un novio (Encuesta Nacional de la Juventud, México, 2005; Olavarría, 2007: 177). Estas declaraciones sugieren normas de género diferenciadas para ambos países, que posiblemente se relacionan con condiciones sociales diferentes que hacen muy distintas las experiencias de vida de los adolescentes. En Chile, la mayor homogeneidad de prácticas sexuales que declaran chicos y chicas menores de 20 años se puede relacionar con el hecho de que casi tres cuartas partes de ellos son estudiantes que cursan la enseñanza media-superior, a pesar de la enorme disparidad de los ingresos de sus hogares. En cambio, en México, la mitad de las jovencitas de 15 a 19 años que no estudian en su mayor parte tampoco trabajan. Estas diferencias hacen extremadamente diferentes las experiencias de vida de los hombres y las mujeres menores de 20 años que no estudian en México. Cerca de la mitad de las adolescentes no asisten a la escuela y una proporción significativa vive en unión conyugal y tiene hijos. A su vez, alrededor de un tercio de los varones adolescentes trabajan o buscan trabajo y han dejado de estudiar, mientras que en Chile esa proporción es de un 13% para ellos y un 5% para ellas. Si consideramos que son los jóvenes de los estratos de menores ingresos los que menos estudian en ambos países, en Chile un 25% de los jóvenes pobres no estudia y tanto ellos como ellas trabajan o buscan trabajo, siendo mínima la proporción de chicas que vive con una pareja (OIT 2007: Chile; Olavarría 2007). En México, en cambio, cerca de la mitad de los adolescentes pobres no estudia, pero ellos trabajan o buscan trabajo y ellas (en una proporción importante) viven con una pareja, tienen hijos y se dedican a las tareas del hogar (OIT 2007: México; Stern y Menkes, 2008: 367).

Existen diferencias en los ritmos y la intensidad con que ambos países han transformado el papel del estado y han flexibilizado sus mercados de trabajo. Mientras en Chile esta transformación se inició antes de 1980, se privatizaron completamente los servicios de salud, educación y seguridad social y se eliminaron las leyes que protegían a los trabajadores, en México los cambios en el papel del estado se iniciaron en 1982, han tenido una evolución más debatida y más lenta y a fines de la primera década del siglo XXI se siguen debatiendo. Por otra parte, en Chile donde la mayor parte de la enseñanza básica y media no es gratuita, desde 2004 se estableció la obligatoriedad de 12 años de escolaridad como mínimo. En México, en cambio, la escolaridad sigue siendo gratuita incluso en el nivel superior, pero solamente es obligatoria hasta completar 9 años de estudio. Es plausible que estas diferencias en los estilos de crecimiento económico y en las políticas educativas influyan para que las jóvenes chilenas de 15 a 19 años prioricen como su principal canal de movilidad social a los estudios, mientras que un elevado porcentaje de las jóvenes mexicanas deja de estudiar en la adolescencia y contrae una unión marital temprana. Es así que la inmensa mayoría de los embarazos previos a los 20 años ocurren

entre jovencitas mexicanas de estratos bajos, muy bajos y medios que ya habían dejado de estudiar antes de embarazarse (Stern y Menkes, 2008: 367). Esas mismas diferencias en las políticas económicas y educativas y en el papel del estado pueden influir en que una proporción importante de los adolescentes mexicanos varones de los estratos bajos trabajen en lugar de estudiar, y que sus parejas de iniciación sexual sean mayoritariamente ajenas a las relaciones de noviazgo, al contrario de los adolescentes mexicanos de estratos medios y altos, quienes estudian en proporciones mucho mayores y con mayor frecuencia inician su vida sexual en relaciones de noviazgo (Szasz, 2008: 442 y 444).

Comentarios finales

Nuestra primera exploración de algunos datos sobre las prácticas sexuales de los adolescentes mexicanos y chilenos sugiere la importancia de analizar las relaciones entre las condiciones históricas y estructurales de nuestros países, su mayor homogeneidad o heterogeneidad interna y la participación o ausencia de participación del estado en la economía y en los servicios sociales. Este tipo de examen del contexto histórico y social es necesario antes de establecer conclusiones acerca de un posible inicio de transformaciones demográficas semejantes a las de la Europa contemporánea en América Latina.

El grado de incorporación de los países a las normas culturales y circunstancias materiales propias del creciente proceso de globalización parece interceptarse de manera compleja con la estructura de clases de los países, con el orden de género, y con las normatividades predominantes sobre las sexualidades, de tal manera que no basta limitarse a los datos demográficos y sus cambios, sino que parece necesario intentar relacionarlos con los cambios sociales, normativos e históricos que experimentan las sociedades y sus grados de homogeneidad interna. Las experiencias de los adolescentes que cursan estudios medio-superiores y superiores, especialmente en los estratos de ingresos medios y altos, parecen ser más semejantes entre sí, independientemente de si son hombres o mujeres. En cambio, en el caso de los jóvenes de sectores de ingresos bajos es más frecuente que se incorporen al trabajo, a la migración laboral y a la vida marital en lugar de continuar sus estudios, determinando experiencias sexuales más diferenciadas. Estas son pistas que nos llevan a pensar que sus prácticas demográficas están vinculadas con las características de los distintos mercados de trabajo y los mercados matrimoniales en los cuales participan los adolescentes y jóvenes.

La comparación de los datos sobre los adolescentes de ambos sexoa y diferentes estratos socioeconómicos en México y en Chile sugiere que mientras en el país austral el cambio de los significados de la sexualidad que los desvincula de la vida laboral de los hombres y del matrimo-

nio en las mujeres es más acentuado en Chile, mientras que en México coexisten las normas del parentesco propias de las sociedades agrarias en los estratos socioeconómicos muy bajos con los ideales modernos del amor romántico y la familia nuclear que se asocian al trabajo asalariado urbano en los estratos medios, además del surgimiento de visiones de la sexualidad que la vinculan en ambos sexos con las relaciones afectivas, el deseo y el consentimiento mutuo, sobre todo en los sectores de altos ingresos.

La mayor homogeneidad o heterogeneidad de las prácticas sexuales declaradas por los adolescentes según si son hombres o mujeres, según sus estratos sociales de pertenencia, según si trabajan o estudian, según si están unidos maritalmente o viven con sus padres, o según el carácter del estado y las características de los mercados de trabajo de sus países tiene importantes implicaciones para las políticas sobre salud reproductiva y sexualidad dirigidas a los jóvenes. Son distintos los servicios y la información que requieren los y las jóvenes que tienen prácticas sexuales mientras están estudiando y son solteros, respecto de las que necesitan las jóvenes que viven en contextos donde el inicio de su vida sexual coincide con su unión conyugal temprana y con la inserción laboral de sus parejas masculinas. En situaciones sociales diferenciadas las prácticas sexuales adquieren significados diferentes y sus consecuencias sociales y de salud son distintas, aunque se trate de jóvenes de edades semejantes. Tal vez la distinción más importante se refiere a la situación conyugal de los y las jóvenes que declaran tener vida sexual activa, pero también es importante conocer las diferencias en la inserción escolar, laboral y migratoria de los jóvenes de ambos sexos, así como la presencia de embarazos y el acceso a la anticoncepción y a la interrupción de embarazos en condiciones seguras para la salud. Todos estos aspectos están estrechamente vinculados al orden de género y a la estructura de clases sociales vigente en cada país.

Notas

[1] El Colegio de México, México. iszasz@colmex.mx

Bibliografía

BOZON, Michel (2003), "At what Age do Women and Men have their First Sexual Intercourse? World Comparisons and Recent Trends", *Population and Societies* num. 392, junio, pp. 1-4.

BOZON, Michel y Henri Leridon (1996), *Sexuality and the Social Sciences: a French Survey on Sexual Behaviour*, Dartmouth, Aldershot, Alemania.

BOZON, Michel y Heilborn, María Luiza (2006), "Iniciacao a Sexualidade: Modos de socializacao, interacoes de genero e trayetorias individuais", *O aprendizado da sexualidade. Reproducao e trajetorias sociais de jovens brasileiros*, Editora Fio

Cruz y Garamond Universitaria, Rio de Janeiro, Brasil, pp. 156-205.

CALDWELL, John (1982), *Theory of Fertility Decline*, Academic Press, Nueva York.

DIDES, Claudia, José Manuel Morán, María Cristina Benavente y María Soledad Pérez (2008), *Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos*, UNFPA y FLACSO-Chile, Santiago, Chile.

INJUV 2007, Informe sobre la Encuesta Nacional de la Juventud 2006, Chile (CD-ROM).

LIVI-BACCI, Massimo (2004), *La transición demográfica en Europa y América Latina,* Conferencia Magistral presentada en El Colegio de México, mayo, Distrito Federal, México.

LUKER, Kristin (1996), *Dubious Conceptions: the politics of teenage pregnancy*. Harvard University Press, Cambridge.

OIT (2007), *Trabajo decente y juventud. Chile*, Oficina Internacional del Trabajo, Lima, Perú.

OIT (2007), *Trabajo decente y juventud. México*, Oficina Internacional del Trabajo, Lima, Perú.

OLAVARRÍA, José (2006), *Varones adolescentes: cuestiones en torno a género, identidades y sexualidades ¿responsabilidades y derechos?,* Tesis para optar al grado de doctor en ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

RODRÍGUEZ, Jorge (2005), "Reproducción en la adolescencia. El caso de Chile y sus implicaciones de política" en *Revista de la CEPAL* 86, agosto, Santiago de Chile.

SOLÍS, Patricio, Cecilia Gayet y Fátima Juárez (2008), "Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social", Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* Tomo I, El Colegio de México, México, pp. 397 a 428.

STERN, Claudio y Catherine Menkes (2008) "Embarazo adolescente y estratificación social" , Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* Tomo I, El Colegio de México, México, pp. 347-396.

SZASZ, Ivonne (2008), "Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en las construcción social de las normas sobre la sexualidad en México", Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coordinadoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* Tomo I, El Colegio de México, México, pp. 429-475.

TILLY, Charles (editor) (1978), *Historical Studies of Changing Fertility,* Princeton University Press, Princeton, Nueva Jersey.

VALDÉS, Teresa, J. Gysling y M. Benavente (1996), "Power and Sexuality in Upper-Middle Class Women's Lives", ponencia presentada en la conferencia internacional *Reconcieving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health*, 14 al 17 de abril, Río de Janeiro, Brasil.

EL COMPORTAMIENTO SEXUAL RIESGOSO ENTRE LOS ADOLESCENTES VARONES DE ÁREAS DE BAJO INGRESO EN RECIFE, BRASIL

Fatima Juárez[1]
Tais de Freitas Santos[2]

Introducción

Cómo mejorar la salud reproductiva de los jóvenes, ha estado en el centro de la discusión por varios años. La pandemia de SIDA y la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, impulsaron la investigación y los programas de acción para este sub-grupo de la población. A pesar de que la salud reproductiva se ha convertido en un tema de investigación prioritario, el campo es todavía nuevo y, a la vez, un desafío. En la actualidad, el conocimiento de la salud sexual y reproductiva es desigual: se trata de una mezcla de resultados de estudios de investigación con hallazgos contradictorios y algunas, no muchas, lecciones aprendidas de las experiencias del campo de la programación. La falta de datos no ha permitido profundizar en los determinantes de las prácticas de sexo seguras y, como consecuencia, los programas diseñados para mejorar la salud sexual de los jóvenes han fallado (Peersman et al., 1996). El mapeo del comportamiento sexual de los jóvenes es un requisito esencial para el diseño adecuado de los programas de salud reproductiva (Juárez, 2001) si se **quiere** avanzar en las estrategias para mejorar la salud sexual.

Por lo anterior, se concibió el presente proyecto titulado "Diseño y evaluación de un programa de pares para la promoción del uso del condón entre jóvenes varones en Recife, Brasil" ("Design and assessment of a peer-led programme for the promotion of condom use among adolescent males in Recife, Brazil")[3]. En él se recoge la experiencia de los programas que han logrado algún éxito en reducir los riesgos sexuales y de salud reproductiva, reúne las historias de programas exitosos dirigidos a la salud sexual de los adolescentes, y las lecciones aprendidas de la epidemia de

SIDA. Además, en el diseño de la investigación se incorpora los resultados relevantes de otros estudios. Un componente importante de ésta ha sido la recolección de datos, mediante una encuesta inicial y una subsiguiente, así como de datos cualitativos -grupos focales y encuestas en profundidad-. Los cuestionarios y guías de las entrevistas adoptaron un nuevo marco teórico, la teoría de interacción sexual, para profundizar en el comportamiento de los jóvenes, y para guiar la intervención. La información sobre el comportamiento sexual riesgoso de los varones jóvenes en Brasil es casi inexistente. Los datos y los resultados de este estudio proveerán una fuente única acerca de la salud reproductiva de los jóvenes varones de bajo ingreso en esta región. Los objetivos del estudio global son: (a) establecer si el uso del condón puede ser sustancialmente incrementado a través de una intervención de joven a joven en un área típica de bajo ingreso (favelas) de Brasil y de otros países de Latinoamérica; (b) evaluar la repercusión del programa de uso de condón y de prácticas seguras; y (c) revelar los principales razonamientos para el uso o rechazo del condón.

El estudio se enfoca a varones por dos razones: 1°) porque los resultados de las investigaciones previas señalan la importancia de realizar investigación sobre los determinantes de las prácticas no seguras de los jóvenes varones, y 2°) porque hay poca información de cómo incluir a los varones En últimas fechas se ha generado una presión creciente para involucrar a los varones en aspectos relacionados con la salud reproductiva. Los hombres son alentados a tener mayor responsabilidad sobre las consecuencias de su comportamiento sexual, a que compartan con sus parejas la responsabilidad respecto a la planificación familiar, a participar en el trabajo doméstico, a compartir las responsabilidades domésticas y a tomar parte en la crianza de los hijos. Ésta no es una tarea fácil, en especial en los países en desarrollo, porque las creencias ancestrales hacen parecer natural que los hombres y las mujeres se comporten en lo sexual y en muchos otros ámbitos de forma diferente.

El objetivo de este documento es explorar los determinantes de sexo seguro en la última relación sexual usando un enfoque de díadas. Los resultados que este documento reporta provienen de la encuesta inicial del proyecto. El documento presenta primero una descripción breve acerca de la intervención y los datos. Enseguida, se describe de manera muy breve el marco conceptual de díadas y el concepto de relación usado en el análisis (y en el diseño del cuestionario de la encuesta inicial). A esta sección le sigue una breve descripción del contexto del país sobre salud reproductiva. Y, finalmente, se presenta un análisis de los factores que influyen en el sexo seguro en la última relación sexual. Los factores enfatizados en este estudio son aquellos cercanos a la arena sexual de la interacción de díadas, dándole particular relevancia a las circunstancias en que los encuentros sexuales ocurren y al tipo de pareja.

Datos y metodología

Los datos fueron especialmente recolectados para esta investigación. La población de estudio son **todos** los hombres de 13 a 19 años de edad en ciertas áreas de bajo ingreso de Recife. En el estudio se incluyeron jóvenes solteros, tanto vírgenes como aquellos con experiencia sexual, sin importar su orientación sexual.

La encuesta inicial se levantó en mayo de 2000, tanto en las áreas donde la intervención se aplicaría como en áreas similares que se utilizarían como control (N = 1438). También se levantó otra encuesta al final de la intervención. Los temas que incluye el cuestionario son: las relaciones sexuales pasadas y actuales del entrevistado (si existieran); el conocimiento acerca de asuntos sexuales, el uso del condón y de anticonceptivos; creencias, valores y actitudes relevantes para el uso del condón y de otros anticonceptivos; el uso del condón pasado, actual y futuro; y restricciones para el cambio de comportamiento. La encuesta también recolectó información sobre la historia sexual de los jóvenes en los dos últimos años anteriores a la fecha de la entrevista, de las últimas cuatro parejas. Se obtuvieron además datos cualitativos (grupos focales y entrevistas en profundidad) para guiar la intervención y captar el proceso de cambio que ocurría en los jóvenes.

Este documento utiliza los datos cuantitativos recolectados, en particular la información sobre la relación y las circunstancias que rodean la última relación sexual y la adopción o no del uso del condón. El análisis se divide en dos partes: una que se refiere a los factores relacionados con el tipo de pareja, y otra que se dirige a las prácticas sexuales seguras. Sólo varones jóvenes que han tenido una relación sexual en los últimos dos años entran en el análisis. "La última pareja" significa la última pareja sexual que el chico ha tenido en los últimos dos años. Y la "última relación sexual" se refiere al último acto sexual con la última pareja que ha tenido el joven en los últimos dos años.

En la primera parte del documento se presenta un análisis descriptivo exploratorio y una logística multivariada del tipo de pareja para resaltar los factores que influyen en la construcción social de la "pareja". La selección de las variables se basa en aquellas que están cerca de las circunstancias de cómo se forma la relación y aquellas relacionadas al comportamiento sexual: dónde conoció a la pareja, quién le presentó a la pareja, cuánto tiempo la conoció antes de iniciar la relación, cuánto tiempo llevaba de pareja antes de tener relaciones sexuales, entre otras[4].

La segunda parte, incluye un análisis descriptivo de las prácticas seguras en la última relación sexual, pero asociadas a la interacción de díadas y a otros factores relevantes, para varones jóvenes que han tenido una relación sexual en los dos últimos años previos a la fecha de la entrevista. El modelo también incorpora los factores cognoscitivos que son un

prerrequisito para las prácticas sexuales seguras; información acerca de la primera experiencia sexual (incluyendo la protección a través del condón) la cual suponemos que afecta la vida sexual subsiguiente; y los factores estructurales que pudieran estar afectando el uso del condón.

Enfoque de díadas y la relación

La teoría de la interacción sexual (enfoque de díadas) nos permite investigar el contexto más amplio y las variables antecedentes sobre las que tiene lugar la interacción sexual (Ingham et al., 1997; Juárez 2001). Este marco conceptual de sexualidad aún está en desarrollo. El enfoque alterno planteado por Rademaker y otros (1992), y desarrollado después por R. Ingham *et al.* (1997) propone resaltar la dimensión social e incorporar el proceso de interacción. Ellos argumentan que en el estudio de la conducta sexual, el objeto de interés no es la toma de decisión individual sino la interacción por sí misma. El área de interés es cualquier evento que ocurre en la interacción que tiene alguna relevancia con el resultado de interés (sexo seguro): la capacidad para negociar, la interpretación de los deseos, el contexto temporal, el tipo de relación, etcétera.

La Relación

El uso o no de protección en los encuentros sexuales está influenciado por el tipo de relación que el individuo tiene con la pareja. Las distintas formas de percibir el riesgo y adaptarse a éste parece estar afectado por el qué tanto esté involucrado con la relación (y el tipo de pareja) (Bastard *et al.*, 1997). Las características y la dinámica de la relación entre parejas tienen un papel central en el sexo seguro (Bastard *et al.*, 1997)[5].

Como lo menciona Weeks (1998), esto nos remite al complejo tema de la "construcción social" de la sexualidad. Éste comprende múltiples e intricados caminos en los que las emociones, los deseos y las relaciones están configurados en cada sociedad (Gayet *et al.*, 2001). En nuestro análisis, consideramos que cuando un individuo se refiere a un tipo de pareja, el comportamiento hacia ella, incluyendo el sexo seguro, el concepto de "pareja-relación", debe interpretarse como una representación simbólica de la cultura que pertenece al dominio de las ideas. La pareja o relación es un concepto ideacional, en el cual la mayoría de las culturas está fuertemente asociada a las ideas de las relaciones de género en la sociedad.

Otro elemento importante que hay que considerar en la construcción social de la pareja son las circunstancias que rodean el inicio de la relación, tales como el tiempo de haber conocido a la pareja antes de entablar la relación, en dónde se conoció a la pareja, entre otras. Por el hecho de haber conocido a la pareja por un largo tiempo puede esperarse que el vínculo se fortalezca y que cambien las expectativas de la relación. Sería de esperarse que los valores normativos tuvieran un mayor peso en una

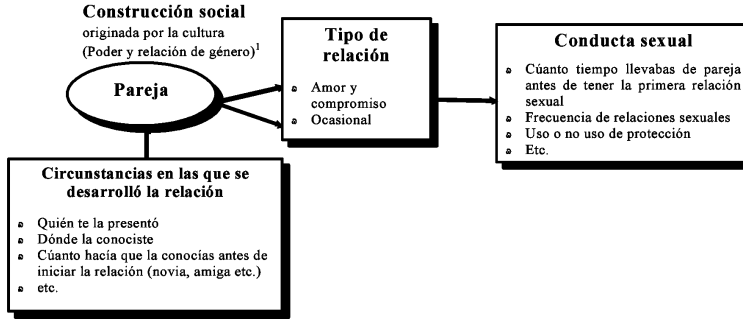
relación que fuera duradera y de amor. Por ejemplo, en una relación amorosa (fusión) si el chico conoce a la chica desde la niñez y además es su vecina, la presión social de cumplir con las creencias y los valores tradicionales del concepto de familia será mucho más fuerte que una relación amorosa en la que apenas se acaba de conocer a la chica, y tal vez la presión social sería mínima o inexistente si la pareja es casual o si es un encuentro pasajero.

Nosotros conceptualizamos que el involucramiento con la pareja y el balance de poder en la relación afectan el comportamiento sexual y el sexo seguro. Por tipo de involucramiento nos referimos con quien los individuos se relacionan y las expectativas de pareja que tienen de ellas. Un factor esencial es el deseo de la relación. Por ello, tal vez, algunos individuos que están comprometidos con sus parejas desearían discutir con ella los riesgos y el uso del condón, pero pudieran encontrar difícil abordad el tema por miedo a que sus comentarios sean tomados de forma equivocada. Pero otra persona, poco comprometida con su pareja, al no tener miedo de afectar la relación, no tendría ninguna dificultad en hablar del SIDA o de los riesgos sexuales.

Tal como lo menciona Bastard *et al.* (1997), el lazo que une a las parejas puede ser clasificado en términos de relación de "fusión" o de "asociación". Una relación de fusión resalta la cercanía y se basa en la durabilidad de la relación. Ésta pone el énfasis en la interdependencia de los individuos y en la adhesión a las creencias y los valores tradicionales de las familias tales como fidelidad y compromiso mutuo. Una relación de "asociación" está caracterizada por individuos que definen el área de intercambio de la relación; de hecho, no existe un involucramiento total, además de que la relación no incluye todos los aspectos de la vida. Las relaciones de atadura y fusión están por lo general asociadas al grado de compromiso con la pareja, los jóvenes usualmente se refieren a ellas como parejas de amor y/o compromiso, véase el esquema 1.

Finalmente, otro aspecto importante que vale la pena mencionar es el poder en las relaciones. El poder es inherente a todas las relaciones sexuales donde las parejas persiguen diferentes objetivos con recursos desiguales. Es la dimensión que tiene más influencia por los factores institucionales y macrosociales tales como el papel que juega el género y las relaciones de poder basadas en género (Van Campenhoudt y Cohen, 1997), que consecuentemente tienen un efecto fuerte en el sexo seguro.

Esquema 1
Concepto de pareja



[1] Este diagrama presenta sólo algunos de los factores asociados con la construcción social de la pareja.

Antecedentes sobre el contexto de Brasil

El nivel de actividad sexual entre los jóvenes de Brasil, tal como sucede en muchos otros países en desarrollo, es alto y va en incremento. Sin embargo, este nuevo comportamiento no está siendo acompañado por la adopción de prácticas de sexo seguro para evitar el ITS/SIDA (infecciones de transmisión sexual) y el embarazo no deseado (Juárez y Castro, 1997; DHS, 1997; CDC, 1991; Ferraz *et al.*, 1992; Morris, 1988).

Mientras que el nivel nacional de la fecundidad en Brasil ha declinado desde mediados de los sesenta (Fernandez y Carvalho, 1986), entre los adolescentes se observa una tendencia creciente de nacimientos. Esto está ocurriendo a pesar de que las mujeres jóvenes brasileñas de hoy son más propensas que sus madres a vivir en áreas urbanas, a tener más elevado nivel de escolaridad, a tener mayor información y más oportunidades de participar en la fuerza de trabajo. Aparentemente, los cambios culturales y sociales que han causado que la fecundidad declinara en algunos grupos de edad jóvenes ha tenido el efecto contrario (Fernandes, 1995). Este incremento en el embarazo adolescente es particularmente evidente en áreas rurales y en las regiones pobres del norte y noreste del país (Camarano, 1988). Nuestro estudio se localiza en la región noreste.

Los datos sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los varones hasta ahora son escasos, pero existe un esfuerzo creciente para recolectar información sobre ellos, en parte motivado por la preocupación acerca de las ITS y VIH/SIDA. Estimaciones nacionales indican que la prevalencia del uso del condón es baja, 15 por ciento (DHS, 1997). La incidencia y prevalencia de SIDA es todavía relativamente alta en comparación con la estimada en el resto de la región de América Latina (con 75

por ciento de todos los casos de SIDA reportados en la región) (PAHO, 1997; AIDSCAP/UNAIDS, 1996). Para el año 2000, cerca de 200,000 habitantes estaban infectados en el país (Dahlia *et al.*, 2000). La región noreste cuenta con 9 por ciento de los casos brasileños, y entre los adolescentes, la mayor incidencia se encontraba anteriormente en el grupo de homosexuales y bisexuales. Hoy, la tendencia ha cambiado dándose la epidemia en el grupo heterosexual. La proporción de mujeres con SIDA se ha incrementado en años recientes (Ministerio de Saude, 1997). Y, respecto a las otras infecciones de transmisión sexual, las estadísticas indican que más de 12 millones de ITS han ocurrido en Brasil hasta el final del año 1999. Las tasas brutas de prevalencia indican que todavía el nivel de ITS en el país es muy significativo (Moreira, 2001).

Este resumen de la situación del embarazo no deseado, las ITS y SIDA, indica que es necesario buscar formas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de manera urgente.

Resultados

Antecedentes Socioeconómicos y Demográficos

Como se mencionó con anterioridad, la población estudiada es la de jóvenes del sexo masculino, solteros, de edad entre 13 y 19 años pertenecientes al estrato de bajos ingresos. Este subgrupo representa el 10 por ciento de la población total (si se considera la edad y el estrato económico).

El cuadro 1, muestra algunas de las características socioeconómicas y demográficas de los jóvenes. La población está distribuida uniformemente en los distintos grupos de edad, con 43% en la edad de 13 a 15 años, y 57% en la edad de 16 a 19 años.

Considerando la edad de los jóvenes (13 a 19 años), todos ellos deberían haber completado por lo menos 6 años de escolaridad, sin embargo, el nivel que han alcanzado es muy bajo. Un tercio de ellos sólo tiene entre 0 a 4 años de escolaridad, y otro tercio entre 5 a 6 años, a pesar de que la educación en Brasil es gratuita y existen escuelas en el área de estudio. La deserción escolar es excesiva, y muy bajo el porcentaje de adolescentes continúan de un año a otro, el patrón común es el de estudios discontinuos, en el que salen de la escuela y regresan tiempo después. En el ámbito escolar, cuatro de cada cinco jóvenes asisten a la escuela, y una quinta parte de ellos trabaja por dinero. Cuando los jóvenes tienen alrededor de 15 años de edad, los padres los presionan para que trabajen y contribuyan con dinero a la economía del hogar, por ejemplo, cargando canastas en el mercado, pintando casas, etcétera.

A pesar de la condición de pobreza, los hogares en los que viven los jóvenes cuentan con algunos bienes y servicios. Electricidad, baño (dre-

naje), así como refrigerador, estufa de gas, televisión de color y ventilador son casi universales en los grupos de bajo ingreso. Sin embargo, sí existen diferencias económicas en la comunidad. Un pequeño subgrupo de estas comunidades presentan una condición económica mejor. Así, se puede observar que 15% de los jóvenes del área escolar reportan que viven en una casa donde hay un carro y 33% tienen teléfono.

Cuadro 1
Algunas características socio-económicas y demográficas de la población estudiada. Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

VARIABLES	%	NÚMERO DE CASOS
Edad		
13	15,3	(220)
14	14,2	(204)
15	13,7	(197)
16	16,1	(232)
17	14,6	(210)
18	15,2	(218)
19	10,9	(159)
Escolaridad		
0-4	30,8	(443)
5-6	32,2	(463)
7-8	23,3	(335)
9+	13,7	(197)
Actualm. en la escuela		
No	17,5	(139)
Sí	82,5	(657)
Actualm. trabaj por paga		
Sí	21,0	(302)
No	79,0	(1136)
Bienes y servicios en hogar		
Tiene electricidad	99,8	(1435)
Tiene baño y drenaje	93,9	(1351)
Tiene refrigerardor	91,2	(1311)
Tiene estufa de gas	99,2	(1426)
Tiene radio	89,5	(1287)
Tiene stereo	84,6	(1217)
Tiene TV de color	93,5	(1345)
Tiene lavadora	20,3	(292)
Tiene ventilador	92,1	(1325)
Tiene aire acondicionado	5,2	(75)
Tiene teléfono	33,9	(488)
Tiene carro	15,2	(219)
Religión		
Católico	53,8	(774)
Evangélico	11,8	(169)
Espiritualista	1,5	(21)
Afro-Brasileño	1,7	(25)

Otror	0,2	(3)
Ninguna	31,0	(446)
Etnicidad		
Negro	16,8	(241)
Mezcla	52,1	(749)
Blanco	27,9	(401)
Otro	3,3	(47)
Total	(100%)	(1438)

En esta región de Brasil, hay una intensa mezcla étnica, en los datos recolectados más de la mitad de los jóvenes se declara de "raza mixta".

Durante el análisis debe de tenerse en cuenta que la población es muy homogénea, y que no se esperan grandes diferenciales, ya que se está controlando por clase social.

Actividad Sexual

Del total de los 1438 jóvenes hombres que respondieron, 55% son sexualmente activos (véase cuadro 2). El porcentaje está de acuerdo con otras fuentes de datos (CDC, 1991; Juárez, 2001; Juárez y Castro, 1997; DHS, 1997). De la historia sexual, se puede observar que una gran proporción de ellos, 85%, han tenido actividad sexual en los últimos dos años (47% del total de la población).

Al inicio de su vida sexual, 32% de los jóvenes usaron alguna protección, que en la mayoría de los casos fue el condón (98%)[6]. Aunque el porcentaje de jóvenes que se protegieron en la primera relación sexual es bajo, representa una mejora respecto a lo observado en el pasado reciente. Estimaciones para 1989-1990 indican que sólo 10% de los jóvenes usaron alguna protección en la primera relación sexual, el método más usado era el ritmo (90%) (CDC, 1991; Juárez y Castro, 1997). Los cambios que Brasil ha experimentado con el tiempo, que se refleja en una mayor proporción de sexo seguro, tal vez se deban a las acciones de prevención que ha realizado el gobierno a través de campañas masivas de información, a la mayor percepción de los individuos de la epidemia del SIDA en los años noventas, así como a los altos niveles de infección al principio de éste decenio.

Debido a que el método de prevención más usado por los varones jóvenes de áreas de bajo ingreso de Brasil es el condón y éste provee una doble protección de prevención de las ITS/VIH y embarazo, el análisis se enfocará al uso o no del condón.

Comparado con otros países de Latinoamérica, en Brasil la edad de la primera relación sexual es muy temprana. De los jóvenes sexualmente activos, más de un tercio tuvo su inicio sexual a los 13 años (34%), y cuatro de cada cinco chicos eran sexualmente activos a la edad de 15 años (82%). La edad media de la primera relación sexual es de 14 años para los varones, mientras que la edad promedio de la pareja en la primera relación sexual es de 16 años.

Cuadro 2
Proporción de sexualmente activos según protección o no y tipo de método usado en la primera y última relación sexual. Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

VARIABLES	%	NÚMERO DE CASOS
Edad		
13	15,3	(220)
14	14,2	(204)
15	13,7	(197)
16	16,1	(232)
17	14,6	(210)
18	15,2	(218)
19	10,9	(159)
Escolaridad		
0-4	30,8	(443)
5-6	32,2	(463)
7-8	23,3	(335)
9+	13,7	(197)
Actualm. en la escuela		
No	17,5	(139)
Sí	82,5	(657)
Actualm. trabaj por paga		
Sí	21,0	(302)
No	79,0	(1136)
Bienes y servicios en hogar		
Tiene electricidad	99,8	(1435)
Tiene baño y drenaje	93,9	(1351)
Tiene refrigerardor	91,2	(1311)
Tiene estufa de gas	99,2	(1426)
Tiene radio	89,5	(1287)
Tiene stereo	84,6	(1217)
Tiene TV de color	93,5	(1345)
Tiene lavadora	20,3	(292)
Tiene ventilador	92,1	(1325)
Tiene aire acondicionado	5,2	(75)
Tiene teléfono	33,9	(488)
Tiene carro	15,2	(219)
Religión		
Católico	53,8	(774)
Evangélico	11,8	(169)
Espiritualista	1,5	(21)
Afro-Brasileño	1,7	(25)
Otror	0,2	(3)
Ninguna	31,0	(446)
Etnicidad		
Negro	16,8	(241)
Mezcla	52,1	(749)
Blanco	27,9	(401)
Otro	3,3	(47)
Total	(100%)	(1438)

Entre aquellos jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los dos últimos años, la edad de la última relación sexual es de 16.9 años. Contrario a los que se observó en la primera relación sexual, la edad media de la pareja en la última relación sexual es la misma que la de los varones.

La Relación y sus Circunstancias

Como se vio en el marco conceptual, el uso del condón no puede ser entendido a través de conceptos tales como falta de conocimientos o comportamiento irresponsable. Aunque la falta de conocimiento adecuado juega un papel importante, otros aspectos tales como la disponibilidad de protección, la presión de los pares, la habilidad de comunicación efectiva, la confianza, el amor y el compromiso (quién es la pareja) (Aggleton *et al.*, 1998, Stone and Ingham, 2001) también son relevantes. Muchos factores de situación y del contexto son significativos y determinan el comportamiento sexual y la protección durante el coito (Juárez 2001, Stone and Ingham, 2001). La identificación de algunos de estos aspectos o mecanismos usados en "la construcción" de su sexualidad y las prácticas sexuales podrían ser útiles para entender el porque los jóvenes adoptan prácticas riesgosas. El objetivo de esta sección es presentar algunos elementos que forman parte de la construcción social de "la pareja", y resaltar la importancia de la naturaleza de la relación y sus circunstancias. Las variables incluidas en el análisis deberán ser consideradas sólo como una **ilustración** de los elementos involucrados.

El cuadro 3 presenta la distribución de algunos de los factores asociados a la construcción social de la pareja, la naturaleza de la relación y el comportamiento sexual para la última pareja sexual. La presentación de los resultados sigue el esquema propuesto en el esquema 1 para resaltar la importancia de la relación y su asociación con el comportamiento sexual. Las variables "Dónde conoció a la pareja", "Quién le presentó a la pareja" y "Hace cuánto que la conocía antes de iniciar la relación" son elementos de la construcción social de la pareja, y generan un tipo de relación (de compromiso u ocasional), la cual influye en el comportamiento sexual. Las variables de comportamiento sexual son: "Cuánto tiempo pasó desde que se inició la relación hasta el primer acto sexual con esa pareja" y la "Frecuencia del coito".

El número promedio de parejas es 3.98, pero la mitad de las parejas sólo han tenido la primera, 29% una segunda pareja, 14 % una tercera pareja y sólo 8% han tenido una cuarta pareja. Estos porcentajes revelan que los hombres jóvenes no tienen muchas parejas.

Cuadro 3
Acerca de la relación con la última pareja. Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

Variables		Distribución (%)
Prom. de parejas		3,98
Etapa inicial de la relación		
Dónde la conoció		
1) Escuela		22,4
2) Iglesia		0,6
3) Calle/Playa		37,5
4) Fiesta		21,6
5) En casa de sus padres (de él o ella)		8,9
6) Vecino		5,0
7) Otro		4,0
Quién se la presentó		
1) Vecino		3,6
2) Amigos de la escuela/Amigos		51,9
3) Familia o amigos de la familia		9,0
4) Nadie		34,6
5) Otro		0,9
Tiempo de conocerla antes de iniciar la relación		
1) 1 día o menos		14,6
2) 2 día hasta 1 semana		9,6
3) 2 - 3 semanas		8,9
4) 1 mes		10,4
5) 2 - 5 meses		21,2
6) 6 - 12 meses		13,0
7) 1 - 2 años		9,2
8) 3 + años		13,2
La pareja		
Tipo de pareja		
1) Novia		50,6
2) Amiga		38,5
3) Pariente		1,2
4) Otra		9,1
5) Prostituta		0,6
El tipo de relación		
Grado de compromise de la relación		
1) Ocasional		52,5
2) Estable		47,5
Sexual behaviour		
Tiempo que pasó desde que se inició la relación hasta antes de iniciar relaciones sexuales		
1) 1 día o menos		16,2
2) 2 día hasta 1 semana		22,4
3) 2 – 3 semanas		20,4
4) 1 mes		20,0
5) 2 – 5 meses		14,8
6) 6 – 12 meses		3,9
7) 1 – 2 años		1,8

4) 1 – 2 años		1,5
Frecuencia del coito		
1) Bajo (en total 1 ó 2 veces)		38,2
2) Medio (3 - 7 veces p/mes)		26,0
3) Alto (8 + veces p/mes)		35,7
Total		(100%)

Factores involucrados en la construcción social de la pareja

Las primeras etapas de la relación

Los chicos usualmente conocen a sus parejas en la escuela, en las fiestas o en la calle. La mitad de ellas son presentadas por un amigo y un tercio no son presentadas por nadie. El tiempo que tarda un joven desde el momento en que conoce a la chica e inicia una relación es muy variado, pero la mayoría de ellos espera por lo menos un mes, y un tercio de los jóvenes más de 6 meses.

La pareja y el tipo de relación

Dos tipos de relación son dominantes, la "novia" (50%) y la "amiga" (39%). Para el tipo de compromiso de la relación se observan distribuciones similares. La mitad de los jóvenes (47%) reportaron tener una relación estable y la otra mitad ocasional.

Comportamiento sexual

El tiempo que pasó entre que inició la relación y se tuvo la primera relación sexual con esa pareja no es muy largo: cuatro de cada cinco jóvenes tuvo su primera relación sexual durante el primer mes (81%) después de iniciada la relación. En promedio, 16% de los jóvenes tuvieron sexo el mismo día en que inició la relación, proporción que es similar a la que entabló la relación el mismo día que conoció a la chica. La frecuencia del coito no es muy significativa tal como se ha especulado por grupos conservadores.

Durante el curso de la relación. casi 40% de los jóvenes han tenido uno o dos actos sexuales con la última pareja. Una posible explicación pudiera ser la dificultad que enfrentan los jóvenes para encontrar un lugar donde tener actividad sexual, por lo general, la relación sexual ocurre en la casa de la chica cuando la madre está fuera de ella.

El cuadro 4 presenta algunos factores asociados al tipo de pareja. Usando una regresión logística se analizan los factores que se asocian a dos categorías de pareja dominante en la última relación sexual, la 'novia' y la 'amiga'. Las covariables incluidas en la regresión logística son aquellas relacionadas con las etapas iniciales de la relación, el grado de compromiso, el comportamiento sexual así como otras características rele-

vantes, sólo las estimaciones que son estadísticamente significativas se presentan.

La relación de momios bivariado indica que la novia es menos probable que se conozca en la calle, y que el periodo entre conocerla e iniciar la relación es mayor. Una vez entablada la relación, la actividad sexual con la novia tiende a iniciarse en un periodo posterior al compararlo con el de las amigas. El grado de compromiso es un predictor importante del tipo de pareja. Aunque la relación estable está asociada con la pareja catalogada como novia en la mayoría de los casos, hay un 20% de las novias que fueron reportadas como una relación ocasional. La relación de momios indica que las relaciones estables –de compromiso– ocurren más entre las parejas consideradas como novias[7]. Por otra parte, las mujeres de mayor edad tienden a ser amigas. Uno puede resumir estos resultados de la siguiente manera: para las novias hay un periodo de cortejo, cuidado, amor y compromiso que no está presente en las parejas etiquetadas como amigas.

Cuadro 4
Estimaciones logísticas de la probabilidad de ser la novia (vs. amiga) en la última pareja para factores asociados a la relación y sus circunstancias (multivariado). Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

Variables	Relación de Momios		Significancia	95% IC
Tiempo de conocerla antes de iniciar la relación				
1) 1 día o menos	1,0000			
2) 2 día hasta 1 semana	4,1039	*	0,0140	1,3308 - 12,6556
3) > 1 semana hasta 1 mes	3,3069	*	0,0132	1,2843 - 8,5145
4) > 2 – 12 meses	1,8804		0,1615	0,7768 - 4,5515
5) > 1 años	1,6963		0,2589	0,6778 - 4,2452
Tiempo que pasó desde que inició la relación hasta antes de iniciar relac. sex.				
1) hasta 1 semana	1,0000			
2) > 1 semana hasta 1 mes	3,0081	*	0,0003	1,6638 - 5,4384
3) > 2 meses	2,9292	*	0,0086	1,3139 - 6,5304
Edad de la pareja				
1) 10 – 14 años	1,0000			
2) 15 – 16 años	1,0258		0,9440	0,5037 - 2,0894
3) 17 – 18 años	0,8608		0,6929	0,4091 - 1,8113
4) 19 años	0,3135	*	0,0073	0,1344 - 0,7312
Grado de compromiso de la relación				
1) Ocasional	1,0000			
2) Estable	54,7445	*	,0000	29,8109 - 100,5322

La estimación de la relación de momios de ser la 'novia' (vs. la 'amiga') en la última relación sexual, en el modelo completo que controla ocho variables relacionadas a la elación, cuatro de ellas mantienen su significación estadística. Cuando el periodo de cortejo es largo, los jóvenes tienen de 2 a 4 veces mayor probabilidad de considerar a la chica como la novia que como la amiga. No apresurarse a tener sexo el primer día en que se inicia la relación tiene 300% más momios de ser la 'novia'. El compromiso en la relación sobresale como la influencia más importante en el tipo de pareja; así, observamos que las relaciones estables son más probables que sean consideradas como de noviazgo. Finalmente, las mujeres de mayor edad tienen más probabilidad de ser consideradas amigas.

Pareja y uso del condon en la última relación sexual

A continuación, ilustraremos la asociación entre las circunstancias en que la relación se desarrolla y el uso del condón en la última relación sexual por tipo de pareja. El cuadro 5 presenta la proporción de chicos que usaron condón en el último sexo tanto con novias como con amigas. La última categoría de pareja referida como 'otra' no se analiza ya que sólo se refiere a un porcentaje muy pequeño, 10%, y no está claramente definida[8]. El cuadro incluye únicamente los factores significativos del modelo multivariado de la probabilidad de ser novia (vs. amiga) (cuadro 4). Por lo general, los diferenciales no son muy marcados, pero esto era algo esperado dada la homogeneidad que existe el grupo estudiado. El uso del condón es más frecuente en las relaciones con un largo cortejo a la pareja y que esperan para tener actividad sexual. La diferencia más notable en cuanto al uso de condón es cuando la chica el mismo día en que la conoce el chico se vuelve la pareja e inicia la actividad sexual. Existe un mayor uso del condón entre las que se consideran amigas. La protección tiende a incrementarse cuando el sexo ocurre con parejas de mayor edad. Otra diferencia significativa se observa entre las novias y amigas a edades muy jóvenes: los varones tienden a usar menos el condón con parejas que tienen poca edad. La falta de protección con las mujeres jóvenes puede ser el reflejo de la confianza (percepción) del joven al considerar que las chicas jóvenes vírgenes no pueden transmitirles una ITS[9]. No existe una diferencia marcada en el uso del condón por tipo de compromiso en la relación, la proporción en el uso de condón en la última relación sexual es muy parecida en ambas, las novias y las amigas.

Cuadro 5
Uso de condón en la última relación sexual por tipo de pareja y características sexuales relevantes. Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

	Usó condón en la última relación							
Variables	**Amiga** Sí usa	**N** (sí)	**Amiga** Sí usa	**N** (sí)	**Otra** Sí usa	**N** (sí)	**%Dist. of var.**	**N**
Tipo de pareja (N=sí y no)								
Uso de condón por tipo de pareja	62.4	343	60.5	261	44.6	74	59.7	678
Tiempo de conocerla antes de iniciar la relación								
1) 1 día o menos	55.9	19	76.5	39	71.4	10	14.6	99
2) > 1 día hasta 1 mes	60.2	68	55.2	37	26.7	4	28.8	195
3) > 1– 12 meses	64.2	77	62.0	49	43.8	14	34.2	231
4) > 1 año	66.7	50	50.8	32	38.5	5	22.3	151
Tiempo que pasó desde que se inició la relación hasta antes de iniciar relaciones sexuales								
1) 1 día o menos	53.3	8	59.2	42	52.2	12	16.2	109
2) > 1 día hasta 1 mes	61.9	91	63.1	70	58.6	17	42.8	287
3) > 1 mes	61.8	47	60.0	30	25.0	2	20.0	134
4) >2 meses	64.7	66	56.0	14	14.3	2	21.0	141
Edad de la pareja								
1) 10 – años	57.6	(38)	42.9	(18)	16.7	(2)	18.0	120
2) 15 – años	64.8	(81)	59.5	(47)	54.5	(12)	33.9	226
3) 17 – años	61.8	(68)	68.7	(46)	47.4	(9)	29.4	196
4) 19 + años	64.1	(25)	63.6	(42)	47.4	(9)	18.6	124
Grado de compromiso de la relación								
1) Ocasional	67.2	(43)	60.7	(147)	54.0	(27)	52.5	(356)
2) Estable	61.3	(171)	57.9	(11)	25.0	(6)	47.5	(322)

Las diferentes formas de percibir el riesgo y adaptarse al riesgo dependerá del involucramiento en la relación, sin, embargo, hay muchos otros factores que juegan un papel importante en la interacción sexual: las características individuales, los valores normativos, entre otros. La aplicación de una logística múltiple mostró que además de la influencia que tiene la pareja y las circunstancias en que se da la relación en las prácticas de sexo seguro entre los adolescentes varones de bajo ingreso, también los factores cognoscitivos, la primera experiencia sexual y los antecedentes socio-económicos juegan un papel importante.

Cuadro 6
Razón del uso o no uso de condón en la última relación sexual con la última pareja. Hombres solteros de 13-19 años. Recife 2000.

	Para usarios		Para no usuarios	
Variables	%	(N)	%	(N)
Razones de protección				
1) Para evitar el embarazo	34,5	(150)		
2) Para evita ITS/SIDA	13,8	(60)		
3) Para evitar ambos	50,8	(221)		
4) La pareja quería	0,9	(4)		
Total	100,0	(435)		
Razones de no protección				
1) Relac. sexual inesperada			11,3	(27)
2) La pareja no quería			5,0	(12)
3) Entrevistado no quería usar o no estaba preocupado			39,3	(94)
4) No es satisfactoria la relación sexual con protección			6,7	(16)
5) Método no disponible			13,8	(33)
6) Método caro			0,4	(1)
7) Se le olvidó usar			2,9	(7)
8) No necesitaba, pareja limpia			13,8	(33)
9) No usa regularmente			3,8	(9)
10) Otro			2,9	(7)
Total			(100%)	(239)

¿Por qué los varones jóvenes usan condón? En la mitad de los casos, la protección fue usada en la última relación sexual tanto para prevenir la ITS/VIH como para prevenir el embarazo. También una gran proporción de chicos mencionaron que usaron el condón sólo para prevenir un embarazo (35%). Este porcentaje es más del doble del reportado para prevenir las ITS/VIH. El matrimonio y la maternidad son eventos importantes regidos por las normas sociales. En Recife, un embarazo/nacimientos ejerce presión en el novio o pareja para tener un matrimonios de reparo, pero la presión social es aún mayor en relación con el apoyo económico para el hijo. Dada la alta prevalencia de SIDA en el país, es sorprendente que los jóvenes varones estén más preocupados por prevenir el embarazo que por prevenir las ITS/VIH las cuales pudieran resultar en eventos fatales (la muerte).

Las razones para la falta de medidas preventivas que dieron los no usuarios de condón en la última relación sexual son varias. Casi uno de cada dos jóvenes varones solteros respondieron que no lo utilizaron porque no lo querían usar o no estaban preocupados (40%). Otras respuestas comunes fueron que la pareja estaba limpia y el condón no era necesario

(14%); y que la relación sexual fue inesperada (11%). Accesibilidad también fue una respuesta frecuentemente mencionada como razón del no uso del condón (14% de los casos). Estas razones dadas para el no uso de protección en la última relación sexual nos llevan a concluir que un mejor conocimiento de prevención de ITS/VIH resultaría en un mayor uso del condón (incremento del 65% (40%+14%+11%)). Por otra parte, también sería 'relativamente' fácil incrementar la proporción de usuarios si el problema de acceso fuera eliminado (incremento del 14%). Los jóvenes no consideran que pueden disponer de condones en las instituciones o locales tradicionales (centros de salud, farmacia, etc.), así es que se tendría que pensar en formas de distribución alternativas. Por ejemplo, podría incrementar a través de la implementación de un programa amigable de distribución de condones para jóvenes por jóvenes.

Comentarios Finales

Tener un panorama claro de la conducta sexual es una tarea difícil pero necesaria pues apoya la elaboración de programas diseñados y adecuados para jóvenes con la finalidad de mejorar la salud sexual y reproductiva.

Los resultados de este estudio han mostrado la importancia de los factores cercanos a la arena sexual, entre éstas destacan la relación de díadas y las circunstancias en que la relación sexual ocurre, así como su asociación con el uso del condón en la última relación sexual. Las variables cognitivas y estructurales también han mostrado la influencia que tiene en la protección.

¿Estos resultados cómo pueden ser traducidos a políticas o guías para los programas de acción?

1) La construcción social del riesgo de VIH parece estar asociada a los grupos de alto riesgo, homosexuales y trabajadores sexuales, y se asocia a individuos con comportamiento similar riesgoso. En estas condiciones, uno puede argumentar que hay un razonamiento lógico entre los jóvenes varones en la protección de la última relación sexual. Los condones se usan con parejas ocasionales o con chicas que conocen en la calle y que fácilmente aceptan tener sexo el primer día en que las conocen. Los condones tienden a no ser usados con las chicas con las que sienten un compromiso. En su imaginario, los jóvenes varones conciben que la infección de VIH sólo pueda ocurrir con parejas ocasionales, y que no la transmite la chica con quien tienen una relación emocional y estable. Se puede deducir (lo cual está confirmado por los datos cualitativos) que los jóvenes varones no preguntan a la pareja sobre su historia sexual, y consideran como válida su percepción de pareja 'limpia o riesgosa'. Esta percepción es luego traducida en forma de protección o no del acto sexual. La asociación que se hace entre uso de

condón y grupos de alto riesgo es un obstáculo para el uso del condón en todos los tipos de pareja y, por consiguiente, pone en riesgo de ITS/VIH a los jóvenes.

2) En estas condiciones, las políticas deberían estar dirigidas a cambiar esta percepción de 'limpieza'. Los medios masivos de comunicación pueden ser el instrumento más adecuado ya que son la forma preferida por los jóvenes para recibir información. El tipo de mensajes que pudieran ayudar al cambio de la construcción social del sexo riesgoso tal vez serían aquellos que enfaticen que "todas las parejas los ponen en riesgo", y que "es importante preguntar la historia sexual de la pareja'.
3) Los elementos cognitivos necesitan ser mejorados para prevenir los riesgos de salud sexual y reproductiva. El conocimiento podría incrementarse si se incluyera en el currículo de Brasil la educación sexual.
4) La educación siempre es un factor central para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Los esfuerzos del gobierno para lograr niveles de escolaridad más elevados entre los grupos de bajo ingreso debe continuar y ser fortalecido.
5) El comentario final se refiere a la disponibilidad de los condones que aparece como una barrera para la adopción del uso del condón. Los condones son distribuidos gratuitamente en casi todas las clínicas de salud; sin embargo, para registrarse para la dotación de condones, el joven tiene que inscribirse y pasar por una revisión médica. Los jóvenes de nuestro estudio señalaron que les disgusta el control médico para obtener los condones. Otra desventaja de las fuentes usuales de condones –farmacias y centros de salud- es que por lo general están cerradas cuando el joven necesita el condón (en las noches, en los fines de semana). Una gran proporción de jóvenes se beneficiaría de un mejor acceso a los condones y anticonceptivos si fueran distribuidos de una forma más adecuada y amigable. Nosotros proponemos un enfoque afín y cercano a la comunidad (outreach approach) y una distribución de condones por medio de personas semejante a ellas (de joven a joven/peer-led). La intervención que hemos diseñado en el área de estudio como parte de este proyecto de investigación sigue este enfoque. La evaluación está siendo realizada. De los datos cualitativos y de la observación participante hemos detectado que nuestro programa educativo que busca a los jóvenes en su comunidad es atractivo para ellos, mejora el conocimiento necesario para la prevención del embarazo y las ITS/VIH, además de incrementar la autoestima de los varones jóvenes.

Notas

[1] Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México y Centre for Population Studies, London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London, fjuarez2@prodigy.net.mx y fjuarez@colmex.mx.

[2] Representante Auxiliar UNFPA, Brasil, tais@undp.org.br

[3] Este proyecto fue financiado por DFID, y ha sido elaborado por F. Juárez. Las instituciones responsables son el Centre for Population Studies of the London School of Hygiene and Tropical Medicine de la Universidad de Londres y el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Las instituciones participantes son Fundação Joaquim Nabuco, y BEMFAM.

[4] Sería muy difícil, sino es que imposible, incluir en el modelo todos los factores involucrados en la construcción social del concepto de pareja. Sólo una selección de ellos se presenta en el análisis.

[5] Este concepto de la relación es una modificación del propuesto por Bastard et al. (1997).

[6] Sólo cinco casos usaron otro método, tres de ellos fueron con mujeres mayores que habían usado otra forma de anticoncepción.

[7] La relación de momios para esta variable es muy elevada. Ésta es el reflejo del poco número de casos en el denominador de los momios, que hace muy sensible la estimación; sin embargo, la significación estadística se considera como válida.

[8] Como la categoría de 'otra' no está claramente definida, se realizaron algunos cálculos para identificar las características de este grupo. El perfil de la pareja denotada como 'otra' es muy similar al de la pareja designada como 'amiga'. Ellos empiezan la relación y tienen sexo el mismo día que conocen a la chica, sin embargo, tienden a tener un mayor compromiso con este tipo de pareja que con aquellas definidas como amigas. Los jóvenes con este tipo de relación tienden a ser mayores.

[9] Los datos cualitativos proporcionaron evidencia sobre el razonamiento de los jóvenes varones. Usualmente consideran que no existe riesgo al tener relaciones con chicas muy jóvenes por atribuirles que son vírgenes, y por consiguiente etiquetándolas como de no riesgo.

Bibliografía

AGGLETON, P., C. Oliver y K. Rivers (1998), Reducing the rate of teenage conceptions; the implications of research into young people, sex, sexuality and relationships, Londres, Health Education Authority.

AIDSCAP/UNAIDS (1996), *The Status and Trends of the Global HIV/AIDs Pandemic*, AIDSCAP, the Francois-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights of the Harvard School of Public Health, y UNAIDS.

BASTARD, B. L. Cardia-Vonèche, D. Peto y L. Van Campenhoudt (1997), "Relationship between Sexual Partners and Ways of Adapting to the Risk of AIDS: Landmarks for a Relationship-oriented Conceptual Framework", en *Sexual Interactions and HIV Risk*, Ed. Van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzaradi G, et al., Taylor and Francis, Londres.

CAMARANO, A. (1998), "Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem", *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*, vol. I.

CDC (1991), Pesquisa sobre saude reproductiva e sexualidade do joven. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, 1989-1990, BEMFAM, Brasil.

DHALIA, C., D. Barreira y E. Castilho (2000), "A AIDS no Brasil: Situação Atual e Tendências", *Boletim Epidemiológico*. MS- CN DST/AIDS. vol. 13, núm. 1.

DHS (1997), Brasil Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996, Sociedade Civl Bem-Estar Familiar no Brasil, (BEMFAM)/Demographic Health Survey, Macro International Inc. (DHS), marzo.

FERNANDES, L. (1995), "A Critical Review of the WHO Methodology for Classifying Abortion with an Emphasis on Fortaleza, Brazil", MSc, Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine (inédito).

FERNANDEZ, R.E. y J.A.Carvalho (1986), "A Evolução da fecundidade no Brasil, Período 1957-1975", *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol.3, núm. 2.

FERRAZ, E.A. et al. (1992), "Pesquisa sobre saude reproductiva e sexualidade do jovem", BEMFAM, Depes.

GAYET, C; M.A.Sánchez; F.Uribe y F. Juárez (2001), "La influencia de los estereotipos de género sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios mexicanos", documento presentado en el XXIII Congress of the Latin American Association of Sociology (ALAS), Antigua, Guatemala, 29 octubre-2 noviembre.

INGHAM, R. y G. Van Zessen (1997), "From individual properties to interactional processes", en *Sexual Interactions and HIV Risk*, Ed. Van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzaradi G, *et al*., Taylor and Francis, Londres.

JUÁREZ, F. (2001), "Young People's Reproductive Health: Theories and Evidence", en *Fertility and Poverty: an international vision,* Eds. C. Ravell y Ma. Eugenia Zavala de Cosio, Instituto de Investigaciones Sociales, México.

JUÁREZ, F. y T. Castro (1997), "Reproductive Health in Latin America: Are all adolescents high-risk taker?, documento presentado en la Annual Meeting of the Population Association of America, marzo 27-29, Washington, D.C.

MINISTERIO DE SAUDE (1997), *Programa Estadual DST/AIDS-PE*, DIEPI/DIEVIS/FUSAM, Brasil.

MOREIRA, Morvan de M. (2001), "Homens brasileiros jovens: riscos de contrair HIV/AIDS ou DST ou engravidar uma parceira", Recife, FUNDAJ (inédito).

MORRIS, L. (1988), "Young adults in Latin America and the Caribbean: sexual experience and contraceptive use", *International Family Planning Perspectives*, 14, 153.

PAHO (1997), *Estado y Tendencias de las Epidemias del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Informe Final*, Reunión de VSP, Río de Janeiro, Brasil, 4-5 Noviembre 1997 y XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual V Conferencia Panamericana sobre SIDA, Lima-Perú, 3-6 diciembre 1997.

PEERSMAN, G., A. Oakley, S. Oliver y J. Thomas (1996), *"Review of effectiveness of sexual health promotion interventions for young people"*, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, Londres.

RADEMAKERS, J., J.B. Luijkx, et. al (1992), *AIDS-preventie in heterozeksuele contacten*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, cited by Ingham, R. and G. Van Zessen (1997).

STONE, N., y R. Ingham (2001), "Factors affecting young people's contraceptive use at first intercourse in the UK", documento presentado en Population Association of America Annual Meeting, Washington, D. C, 29-31 marzo.

VAN CAMPENHOUDT, L. y M. Cohen (1997), "Interaction y Risk-related Behaviour: Theoretical and Heuristic Landmarks", en *Sexual Interactions and HIV Risk*, Ed. Van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzaradi G, et al., Taylor and Francis, Londres.

WEEKS, Jeffrey (1998), "La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?", en *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Ed. Szasz, I. y S. Lerner, México D.F., El Colegio de México.

LA COMUNIDAD URBANA COMO UN ESPACIO PARA INCIDIR EN LA SALUD REPRODUCTIVA ADOLESCENTE. UN ESTUDIO DE CASO

Grisell Rodríguez Gómez[1]
Marisol Alfonso de Armas[2]

Algunas reflexiones teóricas sobre la comunidad urbana y el individuo

La Comunidad

Las formas de agrupación humana han tenido una determinada evolución y unida a ella ha existido un paulatino desarrollo de la preocupación del hombre por su estudio. En los diferentes acercamientos a su comprensión se han destacado en ocasiones, elementos espaciales, mientras que en otros, aparecen delimitaciones más centradas en la interacción psicosocial.

Concibiendo a la comunidad, como un nivel de interacción en el cual son igualmente relevantes los elementos espaciales y de conformación psicosocial, podría entenderse por comunidad un nivel meso entre el individuo y la sociedad, considerándola contenedora de agrupaciones como la familia, la institución local y el grupo formal o informal. Existe obviamente, una interrelación entre estos tres niveles en ambas direcciones. La comunidad estará entonces, retroalimentándose constantemente de la familia, el grupo y las instituciones, a la par que incide sobre ellos.

Ahora bien, en ella no se ha de encontrar una simple sumatoria de las características de la familia, los grupos y las instituciones que la componen, además de los elementos individuales y los sociales netamente. Muy por el contrario, en la comunidad, estos componentes lejos de sumarse devienen ingredientes para la construcción de una identidad, donde emergen cánones nuevos, diferentes a los que les dieron origen, y a su vez en constante evolución y desarrollo. Y lo que es aún más importante in-

fluirán decisivamente en sus componentes (familias, grupos, instituciones) llegando hasta el individuo.

Lógicamente, en su adaptación e intercambio con la realidad, la entidad 'comunidad', estará siempre incorporando sus propias percepciones y representaciones, de ahí que esa realidad siempre se estará modificando desde la influencia externa, pero sobre la base de mantener un núcleo común o una identidad compartida.

Una vez que se ha ubicado la comunidad dentro del esquema social y enunciado su nivel de interrelación con su entorno, surgiría la interrogante acerca de qué concebir por comunidad. El término es bien conocido, dado su amplio uso común, e incluso su vulgarización, por tanto se trata del rescate del sustento científico del concepto.

Ocurre con frecuencia que "la gran mayoría de textos o publicaciones sobre el trabajo comunitario no incluyen ni siquiera definiciones o aproximaciones generales del concepto de comunidad pasando generalmente a describir programas o investigaciones tildadas de 'comunitarios' como si ese concepto y sus connotaciones estructurales y funcionales fuesen ya conocidos y unívocos. La realidad es que los términos 'comunidad' y 'comunitario' se usan con frecuencia con etiquetas justificativas o de conveniencia para los autores, teniendo una multiplicidad de significaciones y connotaciones según el caso y las intenciones de aquellos." (Sánchez, 1991: 68)

Así mismo sucede, frecuentemente, que la conceptualización es pasada por alto cuando se trata de una investigación propiamente instrumental, o cuando es el caso de investigaciones teóricas se recogen un sinnúmero de definiciones, pero generalmente con insuficiencias, al no explicar coherentemente la relación entre territorio físico y redes de relación entre los habitantes. Siendo así, antes de pasar a definir a la comunidad, es preciso detenerse en las características de esta agrupación social, no con la intención de dar origen a un nuevo concepto, sino de rescatar el valor tanto de lo físico como de lo psicosocial que esta encierra. También resulta de gran valor para la definición que se va a adoptar, el esclarecimiento de los objetivos para los cuales será usada y en función de esos objetivos la definición privilegiará una u otra dimensión.

Ante todo, se impone el análisis de la localización -lo espacial- como elemento delimitante de una comunidad. Cuando se tiene ante sí a un grupo humano asentado, el primer aspecto a destacar por cualquier observador es su ubicación geográfica, y por esta se comienzan a conocer características generales del territorio: espaciales, ambientales, económicas e incluso demográficas. Se estará en presencia entonces de fenómenos medibles y gruesos que son indispensables para un primer reconocimiento de un asentamiento, y sin los cuales sería imposible, no solo su identificación, sino incluso algunas veces su existencia.

Pero si con este conocimiento inicial se pretende considerar que se tiene ante sí a una comunidad y aquí se detiene el reconocimiento de la localidad, se estará pasando por alto al individuo y sus relaciones con su medio. De hecho, cualquiera de estas características por pequeña que sea, será expresión de un entramado de elementos psicosociales que la estarán explicando, a partir de la identidad y sentido de pertenencia de los habitantes con su lugar de residencia. Este ejercerá algún papel mediador entre el individuo y la sociedad solo si es reconocido por el individuo como su espacio de interacción. Tal es así, que pueden funcionar y constituir una comunidad, grupos de fuerte interrelación como los religiosos o como determinados grupos marginales.

Cada comunidad, al tener una historia y evolución determinada será, como cada individuo, diferente a otra, y aún cuando las condiciones de vida, las geográficas, y las estructurales sean similares y se encuentren atravesadas por el mismo entramado social, cada una va a poseer particularidades que es preciso respetar, porque la están conformando individuos diferentes que en su interactuar han creado un tipo de relaciones que la hace particular. Algo similar ocurre entonces con las representaciones, creencias, proyectos, valores que han producido las interacciones de sus miembros, además de que son diferentes en cada comunidad; son expresión de su realidad y deben ser punto de referencia constante en cualquier interacción con esta.

Una vez aclarados los elementos identificativos de la comunidad, es preciso mostrar una conceptualización de la misma. Alipio Sánchez, estudioso español de la comunidad propone que se entienda como tal a un "sistema o grupo social de raíz local, diferenciado en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y a subsistemas que incluyen: localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones." (Sánchez, 1991:84)

Dentro del concepto, el autor destaca como características distintivas de la comunidad:

- que los miembros compartan un espacio geográfico y esto tenga un significado para ellos,
- que la existencia del grupo sea consistente y tenga una perdurabilidad en el tiempo que garantice un tipo de convivencia y duración asociativa, formal o informal,
- que existan instituciones o servicios que satisfagan al grupo, así como una base material que posibilite el desarrollo, la distribución y la prestación de servicios sociales a sus miembros.

- que exista una estructura o sistemas sociales formales o informales de carácter político, cultural, ideológico o profesional que posibilite la formación de los grupos.
- que esté presente un fuerte componente de carácter psicológico y relacional en dos dimensiones: vertical (con la comunidad) y horizontal (interpersonal) que sea portador de la existencia para los pobladores de un 'sentido psicológico de comunidad'.

La comunidad ya sea urbana o rural se revela como una unidad social con suficientes potencialidades para generar su propio desarrollo. En este, lógicamente han de mediatizar los contextos en que está insertada, así como las agrupaciones que contiene. Siendo así, la población, como categoría global, resulta suficientemente flexible para ser comprendida dentro del interno comunitario y deviene en protagonista y a su vez beneficiaria del desarrollo de esta.

Ahora bien, tras estas reflexiones cabría indagar en torno a la peculiaridad de esta comunidad en un entorno urbano. ¿Qué la distingue? ¿Son los límites entre una comunidad urbana y una rural, solo espaciales, estructurales y económicos? Obviamente no es así.

Los sociólogos contemporáneos explican el proceso de urbanización como una consecuencia de la transformación de las sociedades agrícolas en industriales. También distinguen grados de urbanización, según sea la etapa de desarrollo de unas con respecto a otras. Sin embargo, hay que considerar que "la urbanización es una tendencia, no una medida exacta". Lo urbano es un concepto convencional, que varía adaptándose al tiempo y las circunstancias, como el espacio y sus características particulares.

Las comunidades humanas han ido pasando de la vida nómada a la sedentaria, de la aldea a los poblados y de éstos a las grandes concentraciones urbanas. Ha sido la huella social de su cultura, lo que ha permitido, a su vez, aumentar el cúmulo de experiencia de todo género.

Desde el punto de vista del individuo la inserción en un entorno urbano, en una comunidad urbana apunta a determinadas singularidades que los distinguen.

La concentración de la población en grandes ciudades está llamando a la necesidad de abordar la especificidad de la vida urbana, de evaluar las condiciones de vida en relación con la pertenencia al grupo, su localización y práctica social, así como los valores y creencias, que se expresan en el contexto de la vida cotidiana. Bajo esta perspectiva, las tareas que permitirían un diagnóstico de la comunidad urbana centrarían su atención en la evaluación del papel que juega el espacio (físico, interpersonal, percibido, representado) sobre el comportamiento.

Emergencia de la Comunidad en los estudios de Población

La relación entre Población y Desarrollo actúa en tanto enfoque sistémico que conjuga todos los elementos que hacen posible que la vinculación entre estos dos polos sea armónica, y que interactúen constantemente. Es decir, que se tome en cuenta a la población en las estrategias del desarrollo y que estas a su vez se encuentre en condiciones de favorecer el bienestar de la población.

La forma en que se visualiza la relación entre la población y el desarrollo, una vez esclarecidos algunos elementos importantes, enfatiza muy bien la importancia de la relación entre estos dos grandes polos. Esta relación estará determinada o influenciada por un conjunto de procesos y factores, entre los que se destacan: salud, salud reproductiva y sexualidad, educación, género, medio ambiente, etc.

Estos estudios de la población a gran escala y de manera esencialmente numérica, están dando paso a otros escenarios más pequeños y a su vez muy importantes como pueden ser las comunidades o barrios, la familia, etc, que se han ido convirtiendo en escenarios ideales para el estudio y la acción, en unidades propiciadores del desarrollo a pequeñas escalas. Todo ello constituye un factor importante en la potenciación de gobiernos locales para la toma de decisiones y la solución de posibles problemas que se visualicen a esa escala y de esta manera los resultados que se obtienen de la aplicación de esta ciencia no solo son interés de los gobiernos y los tomadores de decisión a nivel nacional, sino que también pueden ser usados en los gobiernos locales.

Adams Przeworski en su artículo La teoría sociológica y el estudio de la población también se plantea este cuestionamiento desde otra perspectiva. En el referido artículo a la vez que pretende deslindar al individuo del absoluto determinismo clasista, está implícitamente declarando una gran interrogante a los campos del saber humano. Al referir que "el comportamiento individual no está completamente determinado por las relaciones sociales y no debemos esperar que los macromodelos puedan predecir los detalles del microcomportamiento."(Przeworski, 1982:98), está declarando la necesidad de buscar aquellos elementos que pueden acercarse a una explicación de lo que él llama 'microcomportamiento'.

Esencialmente una de las alternativas posibles a esto podría ser la indagación en el nivel subjetivo, más exactamente en el nivel de construcción de la subjetividad social. Esta, referida como un ente construido socialmente desde cada una de las subjetividades individuales, podría tener algunas de las respuestas. De esta manera, las agrupaciones sociales y la subjetividad que a su interno se produce serían un referente importante en el conocimiento y explicación del comportamiento individual. De ahí que el estudio a nivel comunitario de las causantes de determinados comportamientos sería un posible acercamiento.

Dado el amplio desarrollo alcanzado por la disciplina demográfica, la asunción de nuevas y variadas perspectivas de análisis no puede transitar solamente por la incorporación de vocablos diferentes en el quehacer científico como por ejemplo: 'Sociodemografía', 'Estudios de Población' o 'multidisciplinariedad'. Este debe concretarse en buscar realmente la explicación desde la individualidad, la influencia de lo social a pesar de la determinación económica, o el valor de otros determinantes más allá de los ya enumerados. Y precisamente puede ser la comunidad, un nivel desde se contribuya a estas explicaciones.

Las consideraciones hasta aquí presentadas no pretenden erigirse en únicas ni absolutas, tan solo se ha mostrado y se demostrará en lo adelante la factibilidad de apelar a otras unidades de análisis -en este caso la comunidad- al abordar el estudio de la población, siguiendo un principio que al decir de Rolando García, "debe estar en la médula de todo conocimiento científico: más que ensanchar y profundizar en el mismo hoyo, lo importante es ser capaz de abrir, cada vez, uno nuevo." (García, 1998: 104)

Relación comunidad-salud sexual y reproductiva

Una vez demarcada a la comunidad como un nivel meso social de inserción del individuo, en cuyo interior se construye una subjetividad social que influye como mediador de lo social en el comportamiento de los pobladores, ha de ser posible, determinar la interrelación entre elementos comunitarios que estarían condicionando conductas específicas.

En la discusión demográfica actual ha resurgido este tema de la sexualidad, pero lógicamente, y acorde con los tiempos actuales, ha ido más allá de la referencia clásica. Se ha traspasado el umbral abierto hace algunas décadas por Kingsley Davis y Judith Blake cuando acuñaban que "El análisis de las influencias culturales sobre la fecundidad puede empezarse con los factores que se relacionan directamente con las etapas: coito, concepción, gestación y parto. Dichos factores serían aquellos a través de los cuales y solo a través de ellos, las condiciones culturales pueden influir sobre la fecundidad. Por esta razón y por conveniencia pueden llamarse variables intermedias..." (Davis y Blake, 1967:158) y a partir de aquí señalaban dentro de estos tres factores, once variables a través de las que llegaría la influencia socioeconómica al comportamiento individual.

Aún cuando este esquema mantiene toda su validez, se está haciendo necesario en los tiempos actuales "discutir las negociaciones en el espacio de la sexualidad" (Figueroa, 1997:11), lo que es lo mismo a decir que la sexualidad ha venido y ha resurgido en "las discusiones sobre la fecundidad a partir del avance y los cambios en la terminología, de la revisión y el cuestionamiento de los supuestos vinculados a la misma y a partir de la transformación de la investigación demográfica, en sociodemográfica y en psicosocial." (Figueroa, 1997:11)

Se pretende entonces entender a la fecundidad como solo una de las resultantes de una sexualidad vivida plenamente, en el ejercicio de todos sus derechos, a partir de los postulados de El Cairo 1994 donde se explicita a la Salud Reproductiva como la "integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de una manera que sea positivamente enriquecedora de la personalidad, la comunicación y el amor"(El Cairo, 1994).

Ha sido incluso recientemente acuñado por la mayoría de nuestros países latinoamericanos la incorporación en el marco de las reformas del sector salud, las políticas que promuevan el ejercicio de los derechos reproductivos y la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, es decir, que se incluye la perspectiva sexual en el concepto con las implicaciones positivas en términos de reconocimiento de derechos sexuales que ello implica.

Este concepto con dimensiones biológica, psicológica y social no está desestimando el valor de la influencia social para su realización. Esa influencia, mediada por el espacio comunitario tal y como se propone aquí, es susceptible de ser modificada siempre que se profundice en los mecanismos mediante los cuales actúa. Ese es y será un tema recurrente en la investigación actual. Al decir de Juan Guillermo Figueroa, "...lo que se ha reconocido por análisis demográficos combinados con los psicosociales es que las condiciones de vida de las personas constituyen un valor importante, no únicamente para dar cuenta de lo que pasa al final de la vida reproductiva, sino de como las personas se expresan en términos de ambivalencias, ambigüedades o contradicciones en sus procesos reproductivos"(Figueroa, 1997:12).

En este sentido, Hugo Zemelman, cuando se refiere a las mediaciones en el comportamiento reproductivo, hace referencia precisamente al valor de incorporar, a las teorías sobre el estudio de la reproducción humana, los factores intervinientes que mediatizan las influencias externas de manera que no se conciba esta influencia de forma lineal. (Zemelman, 1982) Se interpretaría como la inclusión, en el estudio de la reproducción, de los contextos sociales y sus múltiples expresiones.

Las investigaciones que se han realizado sobre los determinantes de la fecundidad se pudiesen agrupar en tres grandes categorías. En primer lugar, aquellos en los que se estudian los factores macrosociales -entiendáse estudios sobre el desarrollo económico, los diferenciales rural-urbanos, la urbanización y la modernización-. En segundo término, aparecerían los estudios en los cuales se enfatiza en los factores socioeconómicos individuales -nivel de escolaridad, actividad económica, etc.-, mientras que en tercer lugar aparece una categoría más próxima al comportamiento reproductivo individual, pero todavía más distante de las variables intermedias. Esta categoría se denomina instancias mediadoras co-

lectivas y se refiere a las influencias de los grupos sociales y la unidad doméstica entre otros. (Rubin, 1984).

En esta última categoría cabría la presente investigación si fuese reconocida la comunidad como un nivel de inserción concreta del individuo y por ende como una instancia mediadora en su comportamiento sexual y reproductivo. Con frecuencia ocurre que en estos análisis "...se excluyen a indicadores correspondientes a características comunitarias, que atañan al estudio de la interacción entre la población, la salud y el medio..."(García, 1998 s/p:.31). Su valor está siendo demostrado paulatinamente por las ciencias sociales en la actualidad y será cada vez más tomado en cuenta en la medida en que se profundice en el estudio de los factores mediadores de la reproducción.

Desde el punto de vista instrumental, se apreciará en el acápite siguiente, a modo de ejemplo, la manera en que el comportamiento sexual y reproductivo de la población adolescente de una comunidad urbana "Santa María del Rosario", de la capital cubana, ha sido moldeado por los resortes comunitarios.

Presencia de lo comunitario en el comportamiento sexual y reproductivo adolescente en santa maría del rosario.

Un estudio de caso.

Antes de mostrar los resultados encontrados, es preciso detenerse en dos concepciones metodológicas muy particulares. La primera está relacionada con la delimitación de la edad de la adolescencia, actualmente muy debatida entre los cientistas sociales y humanos. La presente investigación determinó válido utilizar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que explica que los adolescentes son la "población comprendida entre los 10 y 19 años de edad". Esta se presenta como la forma más homogénea de clasificación, al margen de que, al ser la adolescencia un fenómeno no solo biológico sino también psicológico y social, los límites de esta puede tener tantas variaciones como individualidades existen.

La segunda concepción metodológica a tratar es la explicitación de los indicadores del comportamiento sexual y reproductivo de esta población que han sido seleccionados como referente para el estudio. Dicha selección se ha hecho sobre la base de la información de la que se dispone, así como de la factibilidad de obtenerla. Estos son a saber:

- Embarazo en la adolescencia: números de embarazos y percepciones sobre él.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): incidencia de estas y percepciones sobre ellas.
- Anticonceptivos: percepciones sobre su uso y funciones.

- Interrupciones o abortos provocados: incidencia y percepciones al respecto.
- Comportamientos *promiscuos*: entendidos puntualmente como cambio frecuente de pareja, relaciones sexuales ocasionales y desorganizadas. Percepciones al respecto.

Desde el punto de vista metodológico se utilizó una metodología cualitativa, y como técnicas la entrevista individual y grupal, la observación y los grupos de discusión.

Es preciso inicialmente realizar una breve reseña de la comunidad: es un asentamiento ubicado al Sureste de la provincia Ciudad de La Habana, con una extensión territorial de 6.6 Km, y una densidad poblacional de 482 hab/km. Cuenta al cierre de 1998, con una población de 3180 habitantes, de los cuales 1589 pertenecen al sexo masculino y 1591 al femenino, con un índice de masculinidad de 99.8 hombres por cada cien mujeres. El 16% de los habitantes son mayores de 60 años, mientras que el 20% están entre 0 y 14 años, por lo que en edad laboral se encuentra alrededor del 64% de la población. Sin dudas estas son las características de una localidad con una estructura poblacional ya vieja. Esta población se encuentra reunida en 989 núcleos familiares situados en 957 viviendas. Con relación a su nivel educacional se puede precisar que el 31% tiene nivel de enseñanza vencido primario, 66% enseñanza media y 3% nivel superior. El comportamiento reproductivo, así como de la mortalidad de este asentamiento no es posible expresarlo a través de los ya conocidos indicadores demográficos, concebidos para analizar poblaciones grandes. No obstante, si se señalarán algunos elementos que son en cierto modo expresión de la situación demográfica del asentamiento. En el año en estudio (1998), hubo en esta población 46 nacimientos, hijos de madres cuya edad media era de 22,6 años. No hubo en el período ninguna muerte de menores de 1 año, ni mortalidad materna.

A pesar de que no se tuvo la información requerida para analizar el crecimiento poblacional del territorio, si se refiere por parte de la dirección del municipio que a diferencia del comportamiento de otros espacios periféricos de Ciudad de La Habana este asentamiento se ha caracterizado por mantener una población muy estable sin presentar notables signos de crecimiento durante un largo período. En este sentido es una zona de baja inmigración pero también de escasa emigración.

En cuanto a oferta de servicios de salud, recibe los servicios de seis consultorios del médico de familia situados en diferentes áreas de la localidad. Cada uno cuenta con un médico y una enfermera, lo que representa un médico por cada 530 habitantes. Además funciona una posta médica con servicios de urgencias las 24 horas del día y una farmacia. Posee también, aunque no utilizado en la actualidad, un Balneario con aguas minero-medicinales.

Una vez caracterizado al territorio, se expondrá en lo que sigue cuál ha sido el comportamiento de cada uno de los indicadores del comportamiento sexual y reproductivo presentados en adolescentes varones y hembras, relacionándolos con los elementos que desde la comunidad podrían estarlos condicionando.

Embarazo en la adolescencia

En este caso ha sido encontrado que en los seis consultorios médicos de la zona, de una población de aproximadamente 400 adolescentes, se han reportado ocho embarazos en el período en cuestión. De estos, seis han sido de muchachas mayores de 17 años y los otros dos, adolescentes de 13 años. Llama asimismo la atención el señalamiento de los médicos de que en la mayoría de los casos son muchachas con relaciones estables, ya casadas incluso.

Los propios adolescentes no refieren que este sea un comportamiento recurrente entre ellos, aunque si explican formalmente los inconvenientes que tiene un embarazo en estas edades para el desarrollo de la muchacha. Los padres si reconocen al respecto que este "daña sus estudios" y "que no están preparadas para ello todavía". No obstante se aprecia que si bien en edades muy jóvenes (10-15 años) es rechazado el embarazo, ya a partir de esta edad no es un problema para los pobladores en el sentido de que no 'viola' ninguna norma social.

Esto ha de estar relacionado con las tradiciones de la localidad que condicionan el matrimonio a edades tempranas pues es relevante que algunos de estos embarazos se producen en muchachas casadas. Por otra parte, estas mismas tradiciones están incidiendo en que las muchachas solteras no acudan a colocarse anticonceptivos allí en la localidad.

A propósito de este tema y vinculado a la comunidad en estudio, vale apuntar algunas consideraciones que, en esencia, rescatan una vez más el valor de la individualidad. Es generalmente destacado como negativo el embarazo en edades adolescentes por todos los trastornos que podrían acarrear desde lo biológico, lo psicológico y lo social. Sin embargo, valdría preguntarse si es el embarazo en la adolescencia un problema en todos los casos. Esta reflexión se inclina por una respuesta negativa, puesto que habría que analizar puntualmente las características individuales. Si se incorporan otros elementos de análisis tales como la temprana madurez biológica de un gran número de adolescentes en las cuáles ya el sistema reproductivo está listo para concebir, la estabilidad económica y psicosocial con que cuentan, suponiendo el caso de una adolescente con vínculo conyugal, así como aspiraciones adecuadamente estructuradas, es casi seguro que en muchas ocasiones se presenten a estas edades embarazos deseados y planificados incluso. Entonces en este caso no sería un problema la concepción en edades adolescentes.

Por supuesto que la intención de este análisis no es estimular la concepción en estas edades y mucho menos cuando no se dan las condiciones señaladas con anterioridad. El objetivo es, una vez más llamar la atención sobre la necesidad de particularizar y contextualizar cada situación en correspondencia con las situaciones concretas para no perder toda la riqueza que se encuentra en cada individualidad, sobre todo cuando se está ante una comunidad como Santa María del Rosario, en la que comportamientos como estos se encuentran condicionados culturalmente.

Enfermedades de Transmisión Sexual

En el período estudiado no se encontró entre los adolescentes de la comunidad incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes no lo identificaron como recurrente y para los padres no es un problema en la localidad. Esto es un dato muy interesante al ser dicho indicador una causa de alta morbilidad en el país en general. Puede estar ocurriendo que en realidad sea casi nula la incidencia, o que sí se presenten algunos casos, pero que no visiten al consultorio para su detección y tratamiento, sino que se haga en otra consulta fuera de la localidad.

Anticonceptivos

Los médicos consideran que los adolescentes de su localidad usan el condón, aunque no con la frecuencia conque debieran, sobre todo son las muchachas quienes lo rechazan. Estas, en cambio si usan diversos Dispositivos intrauterinos (DIU). Ahora, está ocurriendo que para colocárselos no acuden a un consultorio de la localidad, sino que se dirigen a otros lugares. Los propios médicos explican que "aunque me pasa que no vienen a ponerse el anticonceptivo conmigo si sé que lo usan, puesto que en visitas posteriores al consultorio uno se da cuenta." (Dra. Damaris).

Los adolescentes, por su parte, confirman el poco uso del Condón, que tiene sus bases, según se pudo apreciar, en un desconocimiento acerca de la adecuación de cada método anticonceptivo con la edad. Entre los padres no hubo criterios comprometidos con el tema. Aunque de manera formal, alguno si explicó la importancia de su uso.

Interrupciones o abortos provocados

Con relación a este indicador, según los propios médicos expresan, solo se reportó un caso en estas edades durante el período y se trató de una muchacha con vínculo conyugal estable. Ellos consideran que aún cuando no sea una problemática en el lugar algunas muchachas deben realizarse interrupciones, pero no a través de ellos, sino directamente en los hospitales o policlínicos. Los adolescentes no identificaron esto como

una temática problemática entre ellos como tampoco lo hicieron los padres. Sin embargo, el uso del aborto en Cuba si sigue siendo un tema de interés para los estudiosos y decisores en general, dado su alto uso.

Comportamientos promiscuos

En este caso existió la valoración general por parte de los médicos de que aún cuando pasa por ser una característica de estas edades el cambio frecuente de pareja, no es una distinción especial entre estos adolescentes: *"No tengo casos señalados de promiscuidad. Creo que eso va en la idiosincrasia del pueblo. Influye en un alto rango el 'qué dirán'. La gente se cuida mucho de eso, y los padres se lo transmiten a los hijos"(Dra Damaris), "no hay alta incidencia de promiscuidad, las posibilidades realmente son muy escasas pues hay un alto control por parte de los padres"(Dra. Margarita), "no son promiscuos, yo no te sabría decir que hace diferentes a los muchachos de aquí, pero la realidad es que lo son. Tal vez las características del pueblo...también puede ocurrir que alguno de ellos tenga su actividad sexual fuera del pueblo. El pueblo los censura pues de ser promiscuos rompen con las tradiciones, con la forma de vida aquí." (Dra Dania)*

Entre los padres no se consideró a la promiscuidad una característica de los adolescentes del lugar. No obstante, expresaron que si perciben este fenómeno de manera general en la sociedad. Los adolescentes, en cambio, reconocieron un comportamiento recurrente entre ellos la inestabilidad en la formación de parejas. A pesar de esto, hicieron una distinción auto valorándose 'diferentes' a los muchachos de otros lugares: *"en Santa María estas cosas aunque se ven, se ven mucho menos que en otros lugares."(Yasel, 18 años)*

Los elementos que hasta aquí han sido presentados están demostrando que la diferencia en los comportamientos está condicionada por diferencias locales que están siendo construidas desde la subjetividad social que se entreteje en una comunidad.

Existen programas de Salud que son aplicados en todos los asentamientos y que tienen también objetivos de incidir sobre estos indicadores. Ninguno de estos programas ha de ser pasados por altos y los comportamientos encontrados en cada territorio son en gran medida el resultado de la acción de los mismos, atravesados por las características particulares de cada lugar. Así valdría destacar la importancia de reconocer a cada asentamiento como particular y adaptar los programas nacionales a las características propias de cada lugar. Muchos de estos comportamientos encontrados difieren de las características del municipio, región o país. Es decir, lo que ocurre a otros niveles no está condicionando directamente el comportamiento en un determinado lugar.

En voz de los propios entrevistados se encuentran frases –en las que no se abunda por razones de espacio en esta ponencia- que están denotando identidad con el lugar donde residen, pero que además permiten distinguir que hay factores que desde el entramado psicosocial en el cual el individuo se encuentra insertado, están determinando su comportamiento.

Así, fue posible distinguir en primer término:

- **Las redes horizontales de interrelación y apoyo:** estas están condicionan en un alto grado la transmisión de valores, patrones y normas. Actúan además como reguladoras de los comportamientos a nivel comunitario, de manera que potencialmente estimulan e inhiben conductas. Por redes horizontales estamos entendiendo en la investigación, las que se establecen entre amigos, vecinos, compañeros de clases, de centros laborales, etc. Se encontró en la investigación que a nivel comunitario estas funcionan como apoyo sustancial en la vida cotidiana, pero en condiciones de una comunidad con fuertes lazos sociopsicológicos, ellas van a transmitir información que será autentificada por la confianza en la fuente, condicionarán determinado tipo de interrelaciones y por tanto los comportamientos.

Conocer esto permite además comenzar a validar el funcionamiento de las redes horizontales en las comunidades, vias por las cuales puede transmitirse información, educar comportamientos, etc y paralelamente empezar a desarrollar la influencia de las redes verticales como fuentes de apoyo. En ellas se incluyen los grupos formales e informales de pertenencia que tendrán un rol peculiar en función de transmitir normas positivas o no. lo interesante es saber que cuando se está ante una comunidad esas normas de las redes van a moldear el comportamiento del individuo.

Otro elemento presente en esta comunidad a partir del cual es posible incidir en su comportamientos es:

- **Alto valor de la familia como referente comportamental:** es una norma que se sigan los referentes familiares de comportamiento, lo cual está siendo 'controlado' desde la comunidad. De ahí que la familia como agrupación social intracomunitaria sea altamente respetada, y que las normas educativas del hogar y esencialmente de los padres no deben ser pasadas por alto 'so pena' de 'condena social'. Cuando existe identificación y pertenencia a la comunidad, el individuo asume los valores comunitarios como propios y estos comienzan a moldear su comportamiento. En el caso que nos ocupa los valores de la familia como referente era en su mayoría positivos, pero no siempre ocurre de ese modo. Lo cierto es que la familia como agrupación social es relevante y a ella se le ha de prestar especial atención.

Finalmente resulta importante anotar:

- **Papel de la Iglesia y la religiosidad:** dadas las tradiciones y la historia de la localidad, la iglesia juega un papel protagónico en la cotidianidad del pueblo. Aún cuando en los jóvenes no sea tan recurrente su asistencia, los valores que esta transmite son sustentados a través de los adultos, de manera tal que a la larga inciden en sus comportamientos.

Estos son algunos de los mecanismos que a nivel comunitario –en esta comunidad específica- regulan los comportamientos individuales, especialmente los sexuales y reproductivos. Sin lugar a dudas estos se encuentran suficientemente interrelacionados de manera tal que cualquiera de ellos puede tener su causa o consecuencia en otro, -a la par que no es posible que se desprendan de la influencia supra comunitaria-.

De esta manera, desde su concepción como sistema es imposible visualizarlos de manera aislada. Así, la incidencia externa sobre uno de ellos provocará que se muevan los otros, hasta buscar un reacomodo que no viole ni altere su propia dinámica. Esto resulta de vital importancia fundamentalmente si se planifican intervenciones comunitarias en el futuro.

Obviamente, se pudiesen identificar otros en la medida en que se deseen explorar otras áreas u otros indicadores de este comportamiento. No obstante, lo cierto es, que solo a través de estos reguladores intracomunitarios, llega a la individualidad la presencia macrosocial. He ahí el valor de conocerlos y no pasarlos por alto, sobre todo porque encierran en ellos la posibilidad de utilizarlos como mediadores al intentar regular comportamientos de la población.

La comunidad como mediador de la fecundidad

La delimitación y descripción que se ha realizado en el acápite anterior de aquellos cánones que están determinando, desde el nivel comunitario, comportamientos sexuales y reproductivos específicos, condiciona que en lo que sigue, sea preciso reflexionar acerca de la manera en que estos podrían incidir específicamente en torno a la fecundidad.

Han sido varios los intentos por encontrar explicaciones y mecanismos de incidencia sobre todo el entramado sexual y reproductivo que le rodea. Desde los consabidos determinantes próximos enunciados por Davis y Blake, a partir de los cuales sus autores pudieron demarcar comportamientos diferentes en sociedades o países. Pasando luego por la contextualización o ampliación que de los mismos realizara Ronald Freedman al especificar su condicionamiento socioeconómico. Y concluyendo con los diferentes programas y campañas mediante las cuales el hombre ha intentado disminuir o aumentar la fecundidad, hasta llegar a la más moderna concepción de Salud Sexual y Reproductiva, con objetivos más amplios e incluso más cercanos a la individualidad, siempre ha sido evidente -aún cuando muchas veces no ha sido interés explícito de los investiga-

dores- que el comportamiento de esta variable tiene en sus bases un fuerte componente psicosocial.

Para explicitar la presencia de la comunidad como reguladora, será preciso detenerse en los determinantes ya enunciados y analizar la incidencia que sobre ellos pueden tener los rasgos intracomunitarios.

Los determinantes o variables intermedias se reúnen en tres etapas o factores: Coito, Concepción y Gestación y Parto. Estos, aunque son indiscutibles y objetivos, tienen un condicionamiento socioeconómico, de manera tal que su incidencia está mediada por determinados elementos de índole social y económico, por ejemplo: aspectos de la organización social, nivel de desarrollo económico, normas sociales, entre otros (Freedman, 1967).

Ahora bien, desde la investigación actual, cabría preguntarse si ¿incidirían sobre los Determinantes Próximos de la Fecundidad, además de los factores socioeconómicos enunciados por Freedman para la sociedad en su conjunto, cánones comunitarios -como los anteriormente apuntados- que actúen sobre los comportamientos individuales a niveles locales?

Para responder esta pregunta es preciso que, desde la información recogida en la comunidad en estudio, se analice la relación con las variables intermedias de la fecundidad:

Factores que afectan la exposición al coito

a) los que rigen la formación y disolución de uniones en la edad fértil:

1) Edad de inicio de las relaciones sexuales. A partir de la información recogida en la comunidad, los comportamientos de los pobladores están muy regulados por las normas sociales, transmitidas a través de la familia, por las redes horizontales y verticales y a través de la religiosidad. En este sentido, estaría incidiendo el patrón de formación temprana de matrimonios a edades tempranas, lo cual condiciona en cierto grado una mayor posibilidad de exposición a inicio de relaciones sexuales a edades tempranas. Por otra parte se encuentra la censura desde estas mismas normas a las relaciones sexuales extramatrimoniales, lo cual también podría incidir en retardarla, aunque en menor grado.
2) Celibato permanente: proporción de mujeres que nunca participan en relaciones sexuales. Sobre este en particular no existen muchos elementos que anotar, solo que como parte de las tradiciones en la localidad la alta tendencia a la formación de matrimonios en edades jóvenes condiciona que el celibato permanente no sea muy alto. Como en ocasiones se hace equivalente este celibato a una simple proporción de

soltería se podría anotar como interesante este estímulo a la formación de parejas en la comunidad.

3) Intervalo de pérdida del período reproductivo transcurrido después de las uniones o entre ellas -divorcio, separación o abandono y viudez-. En este sentido, los indicadores de divorcialidad de la comunidad, aunque no se conocen, probablemente no son muy altos, debido al elevado valor que tiene la familia como grupo de referencia para los pobladores del lugar. Siendo así, no incide como un elemento negativo en la exposición al coito. No obstante, la reprobación social a los cambios demasiado frecuentes de parejas, puede incidir como un factor colateral en que este intervalo se alargue.

(b)los que rigen la exposición al coito dentro de las uniones:

4) Abstinencia voluntaria. Esta no es en la localidad un método de anticoncepción así que no funciona como tal. Solo habría que tomar en cuenta si el papel de la iglesia puede llegar a incidir en la abstinencia temporal, en correspondencia con determinados eventos religiosos particulares, así como la censura social a las relaciones extramatrimoniales como otro elemento a tener en cuenta.

5) Abstinencia involuntaria. Específicamente en lo que a esta se refiere no habría, hasta ahora, elementos para inferir cuál es el comportamiento de la población al respecto y por tanto para especular sobre los probables mediadores de ella.

6) Frecuencia del coito. Sobre este particular no se poseen tampoco elementos para suponer los mediadores comunitarios, no referido propiamente a los datos existentes, sino a estudios puntuales que reporten tendencias comportamentales en este sentido.

Factores que afectan al riesgo de concebir

7) Fertilidad o esterilidad por causas involuntarias. Con relación a esta, tampoco fue posible encontrar elementos que permitiesen desde la comunidad explicar su comportamiento.

8) Uso o no uso de la contracepción. Los patrones que en la comunidad condicionan el matrimonio a edades tempranas también inciden en no rechazar la concepción en estas edades. No obstante, dentro del matrimonio sí se usa la anticoncepción, pues sin lugar a dudas, hay factores de determinación macrosocial (la sociedad en general) que atraviesa estos reguladores comunitarios, de manera tal que, el resultado de la utilización de los anticonceptivos es una fusión de estos dos condicionantes. Unido a esto, se encuentra el hecho de que al rechazar las

relaciones extramatrimoniales se inhibe la utilización de anticonceptivos en mujeres no casadas, lo cual es interesante tener en cuenta.

9) Fertilidad o esterilidad por causas voluntarias. Al respecto, aunque sin mucha información, es tan solo importante tener en cuenta que, la gestación dentro del matrimonio, sin importar mucho la edad, es un patrón aceptado desde la subjetividad social. Así, a pesar de que los indicadores de fecundidad -si fuese posible calcularlos- sean posiblemente bajos al igual que en todo el país, no se desestimula en la población la tenencia de hijos.

Factores que afectan a la gestación y al éxito del parto:

10) Mortalidad fetal por causas involuntarias. Tampoco existen elementos para puntualizar al respecto. También el nivel macro social está determinando que sean bajas las muertes fetales en este período, dados los altos niveles de protección a las gestantes en el país en general.

11) Mortalidad fetal por causas voluntarias. No es frecuente la interrupción espontánea (al menos en las edades estudiadas), de ahí que los mismos patrones del lugar condicionan que el embarazo no se interrumpa con mucha frecuencia. No obstante, una vez más, los comportamientos se ven atravesados por el contexto más general de inserción (la sociedad) y es posible que se acudan a otros niveles de salud (nivel primario o secundario) para realizarse interrupciones. Por su parte, la comunidad está mediando entre el patrón social y el individual en la toma de decisiones de este tipo.

Como se ha podido apreciar, de las variables 5, 6, 7 y 10 no fue posible inferir probables condicionantes a nivel comunitario, aunque si se realizara una investigación puntual, para explorar los comportamientos individuales al respecto y vincularlos con las tradiciones y normas en la localidad es probable que aparezcan algunos vínculos entre ambos. Es interesante como tampoco en tres de estas cuatro variables Kingsley Davis y Judith Blake encontraron comportamientos homogéneos en los distintos países (Davis y Blake, 1967), lo cual está reafirmando la importancia de investigar los mismos con mayor nivel de profundidad.

Hasta aquí ha sido evidente que se pueden encontrar algunos elementos propiamente de la localidad que pudiesen estar condicionando la fecundidad y que de hecho se encuentran en la base y en la explicación de los comportamientos individuales.

Dados los bajos niveles que han alcanzado los indicadores de la fecundidad en Cuba, resulta cada vez más necesario detenerse en los ¿por qué? y los ¿cómo? de este comportamiento en la población cubana. Se trata de que, aún cuando no se haya agotado el conocimiento en torno a sus condicionantes económicos y sociales a nivel macro, se indague en la

diferenciación expresada a nivel meso, como un paso inicial para distinguir, en un futuro, decisiones y políticas poblacionales sin pasar por alto el valor de la comunidad como entidad mediadora.

Conclusiones

La primera y gran conclusión de esta investigación debería ser la apertura de un nuevo camino dentro de la sociodemografía y los estudios psicosociales a ella vinculados, el de la concepción de la comunidad como unidad de análisis o contexto, desde el cual comprender e incidir en la salud sexual y reproductiva de un sector poblacional. Si se ha llamado la atención sobre el valor de esta agrupación social y en lo futuro otras investigaciones se dirigen a explorar sus mecanismos de funcionamiento y su interrelación con los fenómenos poblacionales, entonces se habrá cumplido el gran objetivo implícito en las intenciones de este estudio.

Las comunidades urbanas, de cualquier lugar del orbe, constituyen un espacio idóneo para comprender los comportamientos reproductivos de sus poblaciones, pero en especial de los adolescentes, como grupo vulnerable y hacia el cual además van dirigidas muchas de las políticas en materia de salud sexual y reproductiva. Por ende, cualquier intención desde el nivel macrosocial debe ser contextualizada al entorno más cercano al adolescente. Se ha de valorar entonces a este entorno no como obstáculo sino como apoyo, pero nunca pasarlo por alto en cualquier estrategia interventiva.

Paralela e implícitamente los resultados alcanzados en esta investigación, han mostrado que existe un vínculo entre las articulaciones y desarticulaciones a nivel comunitario y su expresión en indicadores de la salud sexual y reproductiva adolescente. Específicamente al valorarlo con relación a la variable fecundidad, se puede concluir que, en la medida en que se favorezca, desde la intervención en los cánones comunitarios, una sexualidad sana y consciente, se estará condicionando el comportamiento de los determinantes próximos de la fecundidad y por ende la variabilidad de esta.

A modo de conclusión vale resaltar que especialmente en Cuba, en los últimos años se han dado pasos interesantes en el acercamiento y estudio de las comunidades y han surgido varias instituciones interesadas en el tema, que están haciendo valiosos trabajo en la dinamización de las mismas y en la construcción de un soporte teórico contextualizado a nuestra realidad. No obstante resulta importante continuar llamando la atención de decisores y tomadores de decisión hacia el valor de este espacio no solo en Cuba sino en otros lugares del orbe, de modo que sirva como apoyo para las políticas dirigidas a incidir en la salud sexual y reproductiva especialmente de los adolescentes.

Notas

[1] Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) Universidad de La Habana (UH). Cuba.
[2] Estudios Demográficos (CEDEM) Universidad de La Habana (UH). Cuba.
[3] En reunión de la Mesa directiva ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, desarrollado en Santiago de Chile entre el 10 y el 11 de marzo del 2004.
[4] Se considera que estas 11 variables, han sido la base sobre la cual se han erigido el resto de las concepciones que han explicado la fecundidad. En esencia, a ellas no se debe renunciar sino más bien complementar, buscando contextualizar cada vez más sus incidencias y explorar sus condicionantes, pues siguen siendo sin dudas los factores a través de los cuales el entorno puede incidir sobre la movilidad de la fecundidad.

Bibliografía

ABELLO, L. et al 1997. Redes sociales como mecanismo de supervivencia. Un estudio de caso en sectores de extrema pobreza. En "Revista Latinoamericana de Psicología". Vol. 29 No.1

BLANCO, A. 1995. La Psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX? Universidad Autónoma de Madrid.

CANO, A. M. 1997 "Sexualidad en la adolescencia." En *Salud Reproductiva en Cuba.* T. I. CEDEM, Universidad de La Habana.

CASTELL, M. 1998 La sociología urbana en la sociedad de redes: de regreso al futuro. En http:/www.commurb.org/leatures/index.html.

COLECTIVO DE AUTORES. 1995 Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Síntesis Psicológica. Zuloa. Gasteiz.

COLECTIVO DE AUTORES. 1995. Cuba. Transición de la Fecundidad. Cambio Social y conducta reproductiva. FNUAP, UNICEF, CEDEM, ONE. .

DAVIS, K. y Blake, J. 1967. "La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico." En *Factores Sociológicos de la Fecundidad* CELADE, Naciones Unidas, Universidad de Chile. Gráfica Panamericana, México, D.F.

FIGUEROA, J. G. y Zurita, C. 1995. Una reflexión ética a tomar en cuenta en las políticas de Salud reproductiva: el contexto de las mujeres jóvenes. Colegio de México.

FIGUEROA, J. G. 1997. "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la Salud reproductiva". En *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después del Cairo-94.* PROLAP, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Ciudad Universitaria, México, D.F.

FREEDMAN, R. 1967 "La Sociología de la fecundidad humana. Tendencias actuales de la investigación y Bibliografía". En *Factores Sociológicos de la Fecundidad* CELADE, Naciones Unidas, Universidad de Chile. Gráfica Panamericana, México, D.F.

GARCÍA, R. 1998 "Acerca del objeto de investigación en Población." En *Sociedad, Desarrollo y Población.* CEDEM, Universidad de La Habana.

PRZEWORSKI, A. 1982. "La teoría sociológica y el Estudio de la Población". En *Reflexiones teórico metodológicas sobre investigaciones en Población.* El Colegio de México.

SÁNCHEZ, A. 1991 *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención.* Segunda edición. Promociones y publicaciones Universitarias. S. A. Barcelona

TOVAR, M. A. 1994. *Psicología Social comunitaria. Una alternativa teórico-metodológica para el abordaje desde la subjetividad.* (s/p) Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias psicológicas. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana

ZEMELMAN, H. 1982. "Problemas en la explicación del comportamiento reproductivo (sobre las mediaciones)" En *Reflexiones teórico metodológicas sobre investigaciones en Población.* El Colegio de México.

Parte III

DERECHOS REPRODUCTIVOS: SALUD MATERNA, SALUD DE LOS NIÑOS, SALUD DE LAS MUJERES

MORTALIDADE MATERNA: UM ESTUDO DOS NÍVEIS E DAS CAUSAS DE ÓBITOS NO MÉXICO E NO BRASIL ENTRE 2000 E 2004

Glaucia dos Santos Marcondes[1]
Ana Paula Belon[2]

"Medir no es solo un asunto técnico,
pero particularmente en Salud Pública,
medir bien, es un asunto de derechos humanos"
(Palacios, 2008:25)

Uma questão de saúde e de direitos

A mortalidade materna se apresenta como um grave problema social e de saúde pública, representando um importante indicador para avaliar as condições de assistência à saúde feminina. A preocupação com as mortes maternas está relacionada, principalmente, às repercussões sociais e econômicas que a morte de uma mulher acarreta para as famílias, na medida em que elas assumem atribuições centrais na organização e manutenção familiar. As mães continuam a desempenhar um papel importante na educação e no desenvolvimento dos filhos, assim como nos cuidados para com os idosos. Além disso, dados sociodemográficos de países latinoamericanos apontam que um número crescente de mulheres tem se tornado a principal ou única provedora do sustento familiar. Em algumas situações tal perda pode significar desamparo afetivo, estrutural e financeiro. Outra questão que reforça a preocupação com as mortes maternas diz respeito ao fato de que se trata de um evento que em grande medida pode ser evitado através da adoção de ações preventivas e relativamente simples de acompanhamento clínico.

Segundo Trucios (1994), a eficácia das ações de saúde que visam prevenir as mortes maternas e garantir uma maternidade segura estão intimamente relacionadas ao tipo de disponibilidade, acessibilidade, acei-

tação, utilização e qualidade dos serviços prestados durante o ciclo grávido-puerperal quanto nas demais fases da vida reprodutiva feminina.

As discussões e a busca por soluções para esta problemática repercutiram com maior intensidade a partir da Conferência do Cairo (CNPD, 1994), onde se consolidou o conceito de saúde reprodutiva que promove o entendimento da reprodução enquanto um direito essencial dos indivíduos. Tratar a morte materna a partir do conceito de saúde reprodutiva significa considerar as interações existentes entre os múltiplos fatores sociais e culturais (classe social, raça, etnia, gênero, escolaridade, acesso e qualidade de serviços) e os eventos de saúde e doença presentes ao longo da vida dos sujeitos. Neste sentido, vigora um certo consenso entre profissionais, pesquisadores e gestores de políticas sociais de que a redução das mortes maternas envolve a promoção de atenção à saúde da mulher em todas as idades e, principalmente, com acompanhamento periódico e de boa qualidade durante a gestação, no parto e no puerpério, prevenindo as causas que podem levar à morte. Entende-se sob este prisma, que as ações para reduzir as mortes maternas são de ordem política, legislativa, intersetorial, institucional e que necessita de ampla participação social (Trucios, 1994).

Ampliar o acesso e melhorar o atendimento à saúde das mulheres esteve na pauta das principais conferências e encontros internacionais realizadas pela ONU ao longo das últimas duas décadas. Nesses eventos, países em desenvolvimento têm sido cobrados e têm se comprometido a investir e implementar ações que reduzam os seus altos níveis de mortalidade infantil e materna.

Em vários países latino-americanos, os movimentos de mulheres configuram-se como atores sociais de extrema importância no tratamento dessas questões. No Brasil, a articulação de diversos grupos contribuiu de forma decisiva na implantação de políticas sociais no campo da saúde, de grande relevância para a promoção do bem-estar geral das mulheres. Essas políticas desencadearam um processo que deslocou a centralidade do paradigma da saúde materno-infantil, voltada primordialmente para os cuidados com as crianças pequenas, para uma abordagem mais ampla da saúde voltada para os princípios de respeito à cidadania e aos direitos humanos. Nesse contexto, em 1983, surge no cenário da redemocratização política brasileira o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A concepção de assistência integral à saúde da mulher se dissemina pelos países latino-americanos, ganhando ainda maior evidência no tratamento da mortalidade materna. Dois encontros ocorridos no ano de 1987, um no Quênia e outro na Costa Rica, foram os primeiros grandes eventos a dar visibilidade internacional para a questão da mortalidade materna, apontando para a urgência de se intervir para reduzir os altos níveis observados nos países em desenvolvimento. No primeiro encontro,

realizado em Nairobi, foi lançado a Iniciativa por uma Maternidade sem Riscos, que tinha como meta para os países a redução da taxa de mortalidade materna pela metade até o ano de 2000 (Trucios, 1994; Ramos et al. 2004). O segundo aconteceu em San Jose de Costa Rica, no âmbito do V Encontro Internacional da Mulher e Saúde, no qual as participantes fizeram uma moção para a realização de ações de prevenção da mortalidade materna, dando origem ao Dia de Ação para a Saúde das Mulheres, em 28 de maio de 1988, promovido pela Rede Mundial pelos Direitos Reprodutivos e pela Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC) (Ramos et al. 2004). No início dos anos 90, os desdobramentos desses encontros deram origem ao Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas (Trucios, 1994). Esse plano definia metas diferenciadas para os países latino-americanos. Brasil e México estavam entre os países que deveriam reduzir as mortes maternas em 30% até 1995 e mais 50% até o ano 2000.

A continuidade desse debate e das ações teve seu espaço garantido nas principais conferências internacionais realizadas pela ONU nos anos 90, entre elas a do Cairo (1994) e a de Pequim (1995). A importância particular dessas duas conferências está na forma como a noção de saúde reprodutiva se tornou uma peça fundamental para o entendimento das metas e políticas governamentais voltadas para a saúde e o bem-estar das populações como direitos humanos inalienáveis (Aquino, Araújo, Marinho, 1998; Correa, Alves, Januzzi, 2006). Ou seja, *"os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas em geral exerçam seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde, incluindo-se o direito aos serviços integrais e de boa qualidade, com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito"* (Correa, Alves, Januzzi, 2006:49).

Nos anos 2000, com as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, o tema da mortalidade materna figura como o quinto objetivo com a proposta de até 2015 os países signatários reduzirem em 75% os níveis de mortalidade materna observados nos anos de 1990. Além disso, propõe a redução das disparidades internas que em países como Brasil e México, por exemplo, apresentam taxas semelhantes às de países desenvolvidos para algumas regiões e em outras, taxas de países em que vigoram regimes de extrema pobreza.

Nesse contexto de negociações internacionais e transformações político-sociais, o monitoramento e avaliação dos avanços e das dificuldades no cumprimento das metas propostas constituem parte integrante do processo de garantia da cidadania. Esse acompanhamento depende do desenvolvimento de sistemas de informações com boa periodicidade e qualidade de dados. De Barbieri e Ornelas (1995) discorrem, por exemplo, que as análises empreendidas ao longo dos aos 80, referentes às condições de bem-estar e de saúde da população feminina no México eram limitadas pela qualidade das fontes existentes. Seja pela impossibilidade

de fazer desagregações que permitissem fornecer um perfil mais detalhado sobre os diferenciais de saúde entre as mulheres mexicanas, seja pela falta de uma avaliação mais criteriosa sobre a qualidade dos dados, resultando indicadores díspares e inconsistentes quando acompanhados em uma linha temporal. Um cenário não muito diferente do brasileiro. Essas limitações representam entraves reais para a elaboração de políticas sociais mais efetivas e eficazes.

Como destaca Vilela (2003), as formas de coleta de dados, o tipo de informação coletada e o método para o monitoramento de um sistema de dados são definidos e alterados conforme as prioridades políticas e sociais dos governos. Dessa forma, enfatiza a autora, a sociedade civil precisa se esforçar constantemente para não se tornar uma mera espectadora dos dados oficiais que são fornecidos. Por esta razão, instituições e organizações sociais promovem e incentivam a realização constante de estudos de caso, análises críticas sobre dados produzidos por sistemas oficiais ou ainda outros conjuntos de informações que complementem as lacunas existentes nos bancos oficiais.

Alguns países latino-americanos têm conseguido resultados significativos na promoção de melhorias na assistência à saúde de mulheres e crianças, adotando ações voltadas para o planejamento familiar (prevenção da gravidez indesejada e aborto seguro), a capacitação de profissionais (adoção de novas técnicas, instrumentais e medicamentos no acompanhamento das gestações) e em investimentos nos sistemas de informação em saúde (para monitoramento da distribuição e evolução das causas de morte e para avaliar o impacto de intervenções).

Entre os esforços empreendidos no Brasil, Souza et al. (2006) destacam os Comitês de Morte Materna que têm contribuído com a discussão dos casos fatais, a produção e divulgação de textos técnicos sobre o assunto, incluindo orientações sobre situações de urgências e emergências maternas, e a apresentação de um pacto nacional pela redução da mortalidade materna, prevendo a redução de 15% das Razões de Mortalidade Materna nas capitais brasileiras, no período 2004 a 2007.

Contudo, diante da desigualdade social e da pobreza que marcam a realidade de muitos países latinos, dados recentes divulgados pela UNFPA mostram que a redução anual das mortes maternas na região tem sido em torno de 2,2%, muito abaixo das estimativas que apontam que para atingir o quinto objetivo do milênio esse decréscimo deveria ser de 5,5% ao ano.

Objetivo e metodologia

Este trabalho aborda características da mortalidade materna em dois grandes países da América Latina – Brasil e México – entre os anos de 2000 e 2004. A partir do cálculo de alguns indicadores, este trabalho visa

refletir sobre: (a) a qualidade dos dados de mortalidade feminina por causas maternas, de acesso público, via Internet, disponibilizados pelos Institutos Nacionais de Estatísticas de ambos os países; (b) e o que essas informações nos permitem aferir sobre o acesso da população feminina aos serviços de saúde nessas regiões, fornecendo elementos que contribuam para aprofundar o debate em torno dos direitos reprodutivos nos países latino-americanos.

Nesse trabalho, foram utilizados os bancos de dados de registros vitais oficiais, acessíveis através da internet. As possibilidades e limitações de cada sistema permitem uma avaliação, mesmo que de forma preliminar, da divulgação pública de informações que auxiliam no acompanhamento de diversos aspectos da dinâmica populacional e da atuação do Estado na melhoria das condições de vida da população. Para o Brasil, os dados são provenientes do *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)* e do *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)*, disponibilizados pelo *Ministério da Saúde*. No caso do México, foram extraídos do banco de dados *Estadísticas de Mortalidad* e *Estadísticas de Natalidad*, disponíveis no sítio do *Instituto Nacional de Estadística, Geografia e Informática* (INEGI).

A definição de morte materna empregada nesse trabalho obedece ao critério utilizado pelos sistemas de informações, a saber, os óbitos de mulheres grávidas ou que ocorrem no período de até 42 dias após a terminação da gravidez.

Como medida de suavização dos dados, médias móveis trienais dos óbitos maternos foram calculadas, tendo como pontos centrais os anos destacados. Desse modo, os indicadores referem-se a eventos registrados no período de 1999 a 2005.

Resultados

A cobertura e a qualidade dos registros de óbitos são fatores importantes para as análises das tendências e níveis de mortalidade de uma população. Brasil e México são países que compreendem um território de grande extensão, de população numerosa e com desigualdades internas expressivas. O que, de alguma forma, se reflete na captação das informações demográficas. Em ambos os países, há regiões em que a cobertura dos eventos vitais não atinge a totalidade, o que significa ter que considerar nas análises uma certa parcela de subregistros. Embora seja de grande importância, não constitui objeto deste trabalho aprofundar no tratamento desta questão. Mas se faz necessário certas ressalvas.

A despeito dos investimentos realizados ao longo da última década que têm melhorado não apenas o acesso da população desses países aos registros civis, como igualmente ao que se refere a qualidade das informações coletadas, os subregistros de mortes e nascimentos ainda per-

sistem. Entretanto, o cenário mais recente é de menor precariedade desses dados, o que tem possibilitado a produção de indicadores sociodemográficos mais robustos nos dois países.

No que diz respeito às informações sobre as causas de morte que atingem a população feminina, uma das maneiras de se avaliar a qualidade dos registros é observar o peso relativo das causas mal-definidas no total dos registros de óbitos de mulheres em idade fértil (15-49 anos)[3] (Tabela 1).

Tabela 1
Número total e participação relativa de óbitos mal-definidos de mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo grupos etários. Brasil e México - 2000 a 2004

Grupos Etários e países	Total de Óbitos Mal-Definidos					% de Óbitos Mal-Definidos				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil										
15 - 19	451	411	399	367	343	10,3	9,6	9,3	8,7	8,2
20 - 24	526	507	498	475	425	10,3	10,0	9,8	9,3	8,4
25 - 29	619	586	574	563	533	10,7	10,2	10,0	9,7	9,1
30 - 34	933	849	794	753	689	12,5	11,7	11,1	10,7	9,9
35 - 39	1.244	1.178	1.120	1.087	985	12,5	12,0	11,5	11,2	10,4
40 - 44	1.652	1.618	1.549	1.506	1.356	12,8	12,5	11,9	11,6	10,4
45 - 49	2.048	2.013	1.956	1.881	1.720	12,8	12,3	11,7	11,0	10,0
Total	7.472	7.162	6.890	6.631	6.051	12,1	11,6	11,2	10,7	9,8
México										
15 - 19	42	40	36	37	39	1,8	1,7	1,5	1,6	1,7
20 - 24	39	40	41	39	38	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4
25 - 29	46	46	45	38	40	1,6	1,6	1,6	1,3	1,4
30 - 34	50	46	46	45	44	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3
35 - 39	47	49	56	50	45	1,1	1,2	1,4	1,2	1,1
40 - 44	60	60	60	59	53	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
45 - 49	56	51	55	54	57	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8
Total	339	333	340	323	317	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad - INEGI.

Observa-se na Tabela 1 que, entre os países, as proporções de óbitos mal-definidos não atingem valores que poderiam comprometer substancialmente a análise da mortalidade feminina em idade fértil. Contudo, os países estudados apresentam diferenciais significativos entre si, que poderia estar relacionado à qualidade de seus registros na discriminação das causas de morte. As menores proporções de óbitos mal-definidos pertencem ao México, sendo dez vezes menor do que os valores observados

para o Brasil. Enquanto os percentuais mexicanos não alcançam 1,5%, os valores brasileiros giram em torno dos 10% de causas de morte classificadas como mal-definidas. Este tipo de classificação parece atingir mais freqüentemente as mortes das mulheres brasileiras em faixas etárias mais avançadas e as mexicanas mais jovens. De qualquer maneira, o comportamento dos dados revela uma situação estável e consistente nos dois países – o que confere uma certa confiabilidade na produção de estatísticas a partir desses registros.

Cabe ressaltar que este indicador igualmente serve de parâmetro para avaliar o atendimento e diagnóstico médico, na medida em que dimensiona o recebimento de atenção médica antes da morte ou da certificação da causa da morte por um profissional qualificado. Logo, altas proporções de óbitos por causas mal-definidas evidenciam a existência de deficiências no sistema de saúde. No caso de mortes femininas, alguns estudos apontam que uma parcela das causas de morte classificadas como mal-definidas de mulheres em idade fértil estariam relacionadas: (a) a abortos (principalmente em países em que a prática é considerada ilegal), (b) situações de violência, (c) complicações decorrentes do agravamento de doenças em mulheres que estavam no início da gestação e desconheciam que estavam grávidas e (d) mortes que ocorrem algum tempo depois do parto sem o acompanhamento ou avaliação de um obstetra (Wong e Perpétuo, 2006; Lima, 2000; Albuquerque et. al. 1998, Abouhzar;Wardlaw, 2001; OMS, 2002, Langer-glas, 2003; Palacios, 2008).

No que se refere às mortes maternas nos países estudados (Tabela 2), ao analisar por grupo etário qüinqüenal, não se observa, nos anos destacados, mudanças significativas na participação relativa desse tipo de óbito no total de óbitos de mulheres de cada grupo etário.

O México apresenta maior participação relativa dos óbitos maternos em mulheres em idade fértil (em torno dos 4,5%), sendo o dobro do valor registrado para o Brasil (cerca de 2,5%). Em ambos os países, os grupos etários inferiores a 35 anos apresentam maiores concentrações de óbitos maternos em relação ao conjunto de óbitos femininos de suas respectivas faixas etárias. Conforme demonstrado na Tabela 2, no México, são as mulheres na faixa dos 20 aos 29 anos que apresentam proporções mais elevadas de mortes maternas no total de óbitos femininos segundo o grupo etário (em torno dos 10%). No Brasil, essa faixa amplia-se de 15 a 29 anos, sendo que as maiores proporções pertencem às mulheres de 20-24 anos (cerca de 7%), mas com um ligeiro crescimento da proporção relativa de óbitos maternos na morte de mulheres na faixa etária de 15-19 anos.

Importante ressaltar a particularidade que envolve a classificação das mortes maternas. Por ser um evento que pode decorrer de uma gama diversa de fatores de ordem biológica, social e/ou ambiental, o acompanhamento mais apurado das tendências desse tipo de mortalidade torna-se mais complexo. Mesmo com um sistema de registro de eventos vitais

bem estruturado e de captação contínua, imprecisões no preenchimento dos registros ainda são freqüentes, refletindo mais comumente, no caso das mortes femininas, na sub-notificação dos óbitos relacionados à gravidez, ao parto ou puerpério. Inquéritos hospitalares, pesquisas acadêmicas e investigações realizadas por Comitês de Mortalidade Materna avaliam que há uma enorme dificuldade de apontar qual a real situação da mortalidade materna nos países. Tal fato tem imposto a necessidade de aplicar medidas de ajuste nessas informações.

Estima-se que no contexto brasileiro a sub-notificação de óbitos maternos ainda seja elevada, implicando aumento em torno de 50% no número de mortes. A partir de uma detalhada pesquisa acerca das mortes de mulheres em idade fértil nas capitais brasileiras, o Ministério da Saúde do Brasil passou a adotar um fator de correção de 1,4 para os dados oficiais. Por esta razão, os dados brasileiros aqui apresentados foram ajustados por este fator de correção (Laurenti,1988; Laurenti, Jorge, Gotlieb,2004).

Tabela 2
Número total e participação relativa de óbitos maternos de mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo grupos etários. Brasil e México - 2000 a 2004

	Total de Óbitos Maternos					% de Óbitos maternos				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil										
15 - 19	232	234	240	241	239	5,3	5,5	5,6	5,7	5,8
20 - 24	350	333	322	332	337	6,9	6,6	6,4	6,5	6,7
25 - 29	339	326	319	324	324	5,9	5,7	5,5	5,6	5,6
30 - 34	304	288	284	293	285	4,1	4,0	4,0	4,2	4,1
35 - 39	259	250	243	237	234	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
40 - 44	118	113	112	113	111	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
45 - 49	22	18	18	18	18	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	1.623	1.563	1.538	1.558	1.550	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
México										
15 - 19	156	147	152	152	152	6,7	6,3	6,5	6,6	6,5
20 - 24	262	263	258	269	262	10,1	10,1	9,9	10,2	9,9
25 - 29	284	267	264	262	270	9,8	9,3	9,2	9,1	9,3
30 - 34	266	260	267	273	275	8,1	7,9	7,9	8,1	8,2
35 - 39	210	211	220	212	199	5,1	5,1	5,3	5,1	4,8
40 - 44	96	91	85	78	76	1,8	1,7	1,6	1,4	1,4
45 - 49	9	8	8	9	12	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Total	1.283	1.248	1.254	1.255	1.245	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4

Fonte:Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.

No caso mexicano, a mortalidade materna tem sido tratada como uma das questões prioritárias, na medida em que tem se mostrado a meta mais complexa e difícil de se cumprir dentro das estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Elizondo et. al., 2003). As orientações do governo mexicano se voltam em anos mais recentes, principalmente com a reforma do sistema de saúde iniciada em 2001, para uma vigilância intensa dos óbitos de mulheres em idade fértil, como forma de diminuir os sub-registros ou omissões das mortes maternas (Palacios, 2008) e ampliar as ações voltadas para a atenção à saúde da mulher durante todo o processo gestacional (Elizondo, et. al., 2003; Frenk, 2007).

Mas o que os dados mais recentes revelam? No período analisado, as Razões de Mortalidade Materna (RMM) de ambos os países apresentaram crescimento, sendo este mais elevado no México (cerca de 13%) do que no Brasil (em torno de 2%). Entretanto, padronizadas pela estrutura etária do Brasil, observa-se que o nível da mortalidade materna mexicana é 20% a 30% menor do que a brasileira (Tabela 3).

Tabela 3
Razão de Mmortalidade materna (por 100 mil) de mulheres de 15 a 49 anos de idade observada e padronizada. Brasil e México - 2000 a 2004

Países	Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil)				
	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil					
Observado	51,7	70,9	71,0	72,5	72,3
México					
Observado	52,7	52,0	54,2	56,3	58,5
*Padronizado**	50,8	50,3	52,7	54,9	57,1

Fonte:Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.

Nota: A Razão de Mortalidade Materna do Brasil de 2001 a 2004 foi ajustada a partir do fator de correção 1,4, adotado da Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004). * Padronizado pela estrutura etária do Brasil

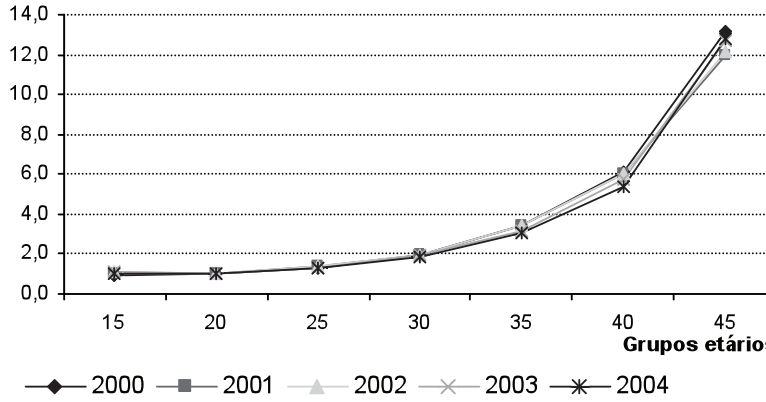
O crescimento das RMM's, em certa medida, pode estar relacionado às situações, mencionadas acima, de melhoria no preenchimento da causa básica, devido o estímulo à capacitação de profissionais de saúde e à maior sensibilização quanto à importância de se fazer um adequado registro para monitoramento da evolução e intervenção nas causas de morte.

Por outro lado, como salienta Wong (1994), a RMM é uma medida global afetada pelos níveis e padrões de fecundidade e pela estrutura etária da população feminina, o que o transforma em um indicador pouco adequado para realizar comparações, ocultando, entre outros aspectos, riscos específicos de mortalidade experimentados pelos diversos grupos populacionais. Para contemplar estes diferenciais, a autora sugere a utilização de um indicador onde se observam as diferenças relativas da mortalidade materna dos diferentes grupos etários em relação a um grupo de referência, a saber, as mulheres de 20-24 anos. Wong (1994) justifica a escolha deste grupo de referência por reunir os dados mais robustos e confiáveis e menos sujeitos às oscilações provocadas por pequenos números.

O cálculo do quociente entre as razões específicas de mortalidade materna por idade, m(i), e a razão de mortalidade materna do grupo de 20-24 anos, m(2), permite dimensionar para uma população, em um tempo determinado, o risco de morte de um grupo etário específico em relação aquele que representa a tendência central, sendo assim, independente das variações da fecundidade e da estrutura etária.

Os Gráficos 1 e 2 mostram que com o avançar da idade o risco relativo das mulheres aumenta de forma mais intensa no Brasil do que no México. No período destacado, a situação de risco das mulheres brasileiras praticamente não se alterou, no qual a população feminina com 40 anos ou mais tem de 6 a 13% de risco de morrer por causas maternas. Enquanto no México, para o mesmo grupo este risco não ultrapassa os 7%.

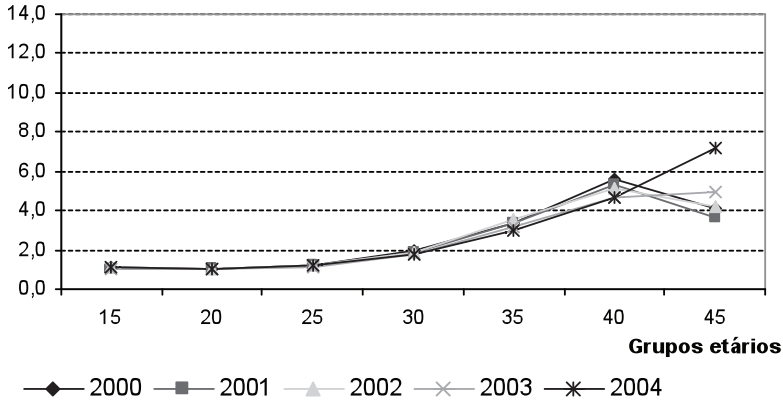
Gráfico 1
Diferença relativa entre a mortalidade materna específica por grupo etário e a mortalidade materna do grupo de 20-24 anos. Brasil, 2000-2004.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS

Nota: A Razão de Mortalidade Materna do Brasil de 2001 a 2004 foi ajustada a partir do fator de correção 1,4, adotado da Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004).

Gráfico 2
Diferença relativa entre a mortalidade materna específica por grupo etário e a mortalidade materna do grupo de 20-24 anos. México, 2000-2004.



Fonte: Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.

No que diz respeito ao perfil de mortalidade materna, em ambos os países se observa maior participação relativa de causas obstétricas diretas, significando que a maior parte das mortes maternas está relacionada à assistência à gestante (Tabela 4). Ou seja, aquelas que ocorrem motivadas por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou pela conjunção de dois ou mais desses fatores. O aborto, a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG); hemorragias e infecção puerperal figuram entre as principais causas (Martins, 2006). Todas essas causas seriam prevenidas mediante um acompanhamento de pré-natal de qualidade.

Tabela 4
Número total e distribuição relativa de óbitos maternos de mulheres de 15 a 49 anos de idade por tipos de causas. Brasil e México - 2000 a 2004

	Óbitos Maternos					% Óbitos por causas				
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Brasil										
Morte materna obstétrica direta	1246	1210	1176	1161	1155	76,8	77,4	76,4	74,5	74,5
Morte materna obstétrica indireta	321	300	310	337	332	19,8	19,2	20,2	21,7	21,4
Morte materna obstétrica não especificada	56	53	53	60	63	3,4	3,4	3,4	3,8	4,1
Total	1623	1563	1538	1558	1550	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
México										
Morte materna obstétrica direta	1135	1095	1083	1050	1023	88,4	87,7	86,3	83,6	82,1
Morte materna obstétrica indireta	146	151	169	202	218	11,4	12,1	13,5	16,1	17,5
Morte materna obstétrica não especificada	2	2	2	4	4	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Total	1283	1248	1254	1256	1245	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS
Estadísticas de Mortalidad - INEGI.

A proporção de mortes maternas por causas obstétricas diretas foi um pouco mais elevada no México do que no Brasil, em torno de 82% e 75% respectivamente. Cabe ressaltar ainda que, ao longo do período, acompanha-se uma ligeira tendência de queda da participação relativa destas causas em detrimento do aumento das causas obstétricas indiretas. Em certa medida, isto pode estar relacionado a uma melhora, mesmo que timidamente, na assistência à gestante. No caso brasileiro, isto se reforça ao analisarmos as proporções de mulheres gestantes que realizaram pré-natal no período destacado. Em 2000, cerca de 5% das gestantes com idade entre 15 e 49 anos não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Esta porcentagem cai dois pontos percentuais em 2004 (2,9%), sendo que a proporção das mulheres gestantes, nesta faixa etária, que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, passou de 48% , em 2000, para 52,6%, em 2004.

No México, Elizondo et. al. (2003) discorrem que dados mais recentes mostram que a proporção de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez está de acordo com as normas definidas pela Organização Mundial de Saúde. Contudo, a proporção daquelas que freqüentam um mínimo de sete consultas ainda é baixo, cerca de 25%, considerando apenas o sistema público de saúde (Institución Mexicana de Seguridad Social). As grávidas adolescentes e as solteiras são as que menos acessam esse serviço, decorrente em grande medida aos estigmas que ainda persistem na sociedade. Os autores ainda chamam atenção para a falta de uma cultura de cuidado com a saúde da gestante, considerando a totalidade do processo gestacional, o que inclui o período pós-parto. No estudo desenvolvido pelos autores, grande parte das mulheres demora ou não faz nenhuma consulta na fase do puerpério. Na percepção dos pesquisadores, ao incentivar o autocuidado e o seguimento correto das prescrições nutricionais, de saúde geral e das consultas periódicas, os riscos para a gestante, em grande medida, seriam amenizados ou eliminados.

Nesse conjunto de causas, uma particularmente tem despertado a atenção de pesquisadores, gestores públicos e de movimentos sociais, a saber, aquelas relacionadas à interrupção da gravidez – o aborto.

No conjunto de óbitos maternos por causas diretas, em 2004, o aborto foi responsável por 12,7% no Brasil e 8,6% no México (Tabela 5). Ao analisar o peso relativo dos óbitos por aborto no conjunto de mortes obstétricas diretas, por grupo etário qüinqüenal, observa-se um comportamento de elevação em praticamente todos os grupos etários. No caso brasileiro, entre 2000 e 2004, chama atenção o aumento nas proporções relativas observadas nos grupos de 30 a 34 anos e 40 a 49 anos. Para o México, além dos grupos de 40-49 anos, destaca-se também o grupo de 20 a 29 anos.

Schor (1990) aponta que as complicações decorrentes do aborto não têm recebido a devida atenção por parte de pesquisadores e gestores da saúde pública. O fato de ser um evento socialmente marcado por questões ideológicas e religiosas e que na maioria dos países latinoamericanos ser um ato passível de pena criminal, dificulta sua devida captação, assim como para uma melhor avaliação das condições de morbimortalidade feminina. Segundo a autora, há estimativas que figuram o aborto entre as principais causas de morte materna, especialmente, entre as mulheres adolescentes e jovens. Os dados acima apontam nessa direção, mas também indicam que é uma causa que afeta significativamente as mulheres mais velhas.

Tabela 5
Número total e distribuição relativa de óbitos por aborto de mulheres de 15 a 49 anos de idade no conjunto total de mortes obstréticas diretas, segundo grupos etários. Brasil e México - 2000 a 2004

Grupos etários e países	Total de Óbitos por Aborto					% de Óbitos por Aborto no conjunto de mortes obstréticas diretas				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil										
15 - 19	21	21	22	23	23	11,5	11,6	12,0	12,4	12,7
20 - 24	35	33	32	32	37	13,1	12,8	13,5	13,1	14,7
25 - 29	32	30	30	31	33	12,2	11,7	12,0	12,5	13,4
30 - 34	22	23	29	30	31	9,0	10,1	13,1	13,9	14,7
35 - 39	22	17	15	14	15	11,5	8,8	8,0	8,2	9,0
40 - 44	6	4	7	7	9	6,9	5,0	8,2	8,5	10,6
45 - 49	1	1	1	2	2	4,4	7,9	12,9	17,6	17,6
Total	139	129	137	139	150	11,1	10,6	11,6	12,0	13,0
México										
15 - 19	12	13	13	13	11	9,0	10,6	10,6	10,5	8,6
20 - 24	15	16	19	22	21	6,5	7,0	9,0	9,9	10,0
25 - 29	19	19	18	21	22	7,5	8,2	8,1	10,0	10,2
30 - 34	17	17	16	15	15	7,4	7,4	6,9	6,5	6,4
35 - 39	10	10	10	12	12	5,1	5,2	4,9	6,5	6,7
40 - 44	7	6	6	6	7	7,9	7,2	8,0	8,3	11,2
45 - 49	1	1	1	1	2	8,0	11,1	10,5	14,3	16,1
Total	80	82	83	90	89	7,1	7,5	7,7	8,5	8,7

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS
Estadísticas de Mortalidad - INEGI.

Alguns pesquisadores (Schor, 1990; Martins et al., 1991; Langer-glas, 2003) enfatizam que é preciso modificar a abordagem sobre o aborto, não apenas na ampliação do acesso à contracepção, mas igualmente re-avaliando as conseqüências que uma legislação tão restritiva sobre a questão acarreta para a vida das mulheres, na medida em que acentua as desigualdades sociais, pois as mulheres que possuem mais recursos financeiros são as que terão condições de pagar por um aborto seguro, enquanto a grande maioria se submete a procedimentos praticados por pessoas sem qualificações, as chamadas "curiosas", ou recorrem a medicamentos sem acompanhamento médico, contribuindo, assim, para um excesso de riscos à saúde e, conseqüentemente, para o aumento da mortalidade materna.

Langer-Glas (2003) discorre que é imprescindível que os preconceitos contra o abortamento sejam combatidos para que as mulheres não sejam discriminadas e não sofram pela falta de atendimento médico na ocorrência de complicações provocadas por um aborto incompleto ou realizado de forma inadequada, assegurando os direitos previstos na plataforma de ação assinada por vários países nas Conferências de Beijim e Cairo.

Considerações finais

A vigilância da mortalidade em idade fértil tem que ser constantemente reforçada por políticas públicas, com a avaliação aprofundada sobre as causas de morte. Frente à importância da prevenção da morte materna, marcada entre os Objetivos do Milênio, torna-se evidente o papel crucial da equipe de profissionais de saúde na investigação e na informação adequada da causa de óbito. Nesse sentido, é fundamental providenciar capacitação para estes profissionais e sensibiliza-los para este preenchimento, dado que, muito além de uma questão burocrática, serve para o monitoramento das condições de saúde da mulher (Palacios, 2008).

Neste aspecto, destaca-se o importante papel desempenhado por grupos de movimentos sociais, entre eles os feministas e de mulheres, que integram redes voltadas para o acompanhamento das ações em saúde como o RSMLAC, o Rede Feminista de Saúde, assim como os Comitês de Mortalidade Materna, que investigam com detalhe as condições das mortes femininas (CEMM, 2004; Palacios, 2008). Esses grupos compostos por pesquisadores, militantes e profissionais da área de saúde exercem pressão junto a políticos e gestores públicos em busca de melhores alternativas para garantir que os direitos de crianças, jovens, homens e mulheres a uma melhor condição de vida sejam respeitados.

Outro aspecto que mereceria maior atenção é o maior risco de morte materna, acompanhado nos países, entre as mulheres acima dos 35 anos de idade. Baseado na literatura médica, seria interessante observar estes dados em conjunto com as informações de parturição, uma vez que possibilitaria melhores condições de avaliar se há uma tendência nestas localidades de postergação da maternidade - o que levaria ao aumento dos riscos de morte e apontaria para a maior necessidade de atenção à saúde das mulheres em idades mais avançadas. A promoção de uma Maternidade sem Riscos para toda a população feminina depende de ações e políticas mais amplas que diminuam a profunda desigualdade social vigente nos países latinoamericanos.

Os bancos de dados informatizados e disponibilizados pela Internet se mostram ferramentas importantes para o acompanhamento público sobre a condição de saúde da população e para os investimentos financeiros e estruturais que os governos realizam. Divulgar, aprimorar e incentivar a utilização destes bancos auxilia na promoção da cidadania, per-

mitindo que as pessoas possam avaliar não apenas as condições de vida da população da qual faz parte, mas igualmente a atuação de políticos e gestores públicos.

Este trabalho procurou destacar algumas questões que têm permeado o debate na América Latina sobre a redução e a vigilância das mortes maternas. Embora os esforços empreendidos nos países analisados estejam conseguindo resultados significativos para a melhoria dos serviços de atendimento e de informações de saúde, há um longo caminho a ser percorrido para garantir não somente o direito à saúde, mas também melhores condições de vida para mulheres, homens e crianças.

Notas

[1] Centro de Recursos Humanos (CRH), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Núcleo de Estudos de População (NEPO), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

[2] Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

[3] As causas mal-definidas estão reunidas no capítulo XVIII da CID-10 (10ª Classificação Internacional de Doenças), intitulado Sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais.

Bibliografía

ABOUZAHR, C.; WARDLAW, T. 2001. "Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?" *Bulletin of the World Health Organization,* v. 79, n. 6, p.561-573.

AQUINO, E. M.L.; ARAÚJO, T.V.B.;MARINHO, L.F.B. 1998. "Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica." In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.) *Questões da saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro, Fiocruz, p.187-204.

CEMM (Comitês de Estudos de Mortalidade Materna). 2004. Relatório Seminário "Experiências de atuação entre Comitês de Estudos de Mortalidade Materna e os Ministérios Públicos nos estados do Rio de Janeiro, de Pernambuco e do Tocantins". Recife: Reproart.

CORRÊA, S.; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. 2006. "Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores." In: CAVENAGHI, S.(coord.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.* Rio de Janeiro, ABEP, p. 14-26.

DE BARBIERI, M.T.; ORNELAS, R.J. 1995. "El caso mexicano." In: BERQUÓ, E (coord). *Fecundidad, Salud Reproductiva y Pobreza en América Latina.* (mimeo).

ELIZONDO, M.E.G. et. al. 2003. "Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio em uma instituición de seguridad social mexicana." *Revista Espanhola de salud Pública.* v. 77, n. 2, p.267-274.

FRENK, J. 2007. "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias." *Salud Pública de México.* Cuernavaca, v. 49, s. 1, p. 14-22.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografia e Informática. *Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México* (SISESIM). Disponível em: http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/sisesim.html?c=1416.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografia e Informática. Estadísticas Vitales. *Estadísticas de Natalidad.* Disponível em: http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=5679.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografia e Informática. Estadísticas Vitales. *Estadísticas de Mortalidad.* Disponível em: http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=5528.

LANGER-GLAS, A. 2003. "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud em México." *Gaceta Médica de México.* v. 139, s. 1, jul-ag, p. 3-7.

LAURENTI, R. 1998. "Marcos referenciais para estudo e investigações em mortalidade materna." *Revista de Saúde Pública.* v.22, n. 6, p.507-512.

_____; JORGE, M. H. P.M.; GOTLIEB, S. L. D. 2004. "A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste." *Revista Brasileira de Epidemiologia.* v. 7, n. 4, p. 449-460.

LIMA, B. G.C. 2000. "Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais." *Revista Panamericana de Salud Publica,* v.7, n.3, p.256-268.

MARTINS, I. R. et al. 1991. "Aborto induzido em mulheres de baixa renda — dimensão de um problema." *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.251-266.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Mortalidade* (SIM). DATASUS. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* (SINASC). DATASUS. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv.

PALACIOS, L.M.T. 2008. "Los registros administrativos de salud desde la óptica de género." *IX encontro internacional de estadísticas de género.* Ronda Censal 2010. Aguascalientes, México. 25p. Disponível em: http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/IXeieg/default.asp?c=2638

RAMOS, S. et. al. 2004. *Para que cada muerte materna importe.* Buenos Aires, CEDES.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. 2006. *Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB).* DATASUS – Ministério da Saúde. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B374C1D0E0F359G18H0I1Jd1L21M0N&VInclude=../site/infsaude.php.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A.A. F. 2003. "Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê

do Estado de São Paulo." *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.183-189.

SCHOR, N. 1990. "Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil." *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, vol. 24, n. 2, p. 144-151.

TOPETE, E.G.B. et. al. 2003. "Mortalidad materna em el estado de Mexico." *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.* v. 17, n. 6, p. 199-203.

TRUCIOS, I.D.G. 1994. "La maternidad segura en su contexto conceptual." In: ELU, M.C.; LANGER, A. *Maternidad sin Riesgos en México.* México, DF, IMES, p. 9-22.

UNFPA. 2003. *Maternal Mortality update 2002. A focus on emergence obstetric care.* New York.

VILELA, W. 2006. "Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva." In: CAVENAGHI, S.(coord.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.* Rio de Janeiro ABEP, p. 14-26.

WONG, L. L. R.; PERPÉTUO, I. H. O. 2006. "A experiência piloto: os indicadores de contexto, de violência contra as mulheres e de disponibilidade e acesso a serviços e insumos." In: CAVENAGHI, S. (org). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.* Rio de Janeiro, ABEP, p. 121-150.

WONG, L. L. R. 1994. "Um modelo para estimar a mortalidade materna: a relação entre a razão de mortalidade materna e outros parâmetros demográficos." Revista Brasileira de Estudos Populacionais. v. 11, n. 2, p.115-138.

ANALFABETISMO Y SU COSTO EN EL DETERIORO DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN CENTROAMÉRICA

Andrea Collado Chaves[1]

Introducción

¿Qué implicaciones y costos tiene para los países no alfabetizar a su población?. El objetivo de este estudio es cuantificar el efecto del analfabetismo en el deterioro de la salud de las madres en edad fértil y sus hijos menores de cinco años y calcular el costo earde las peérdidas.

El analfabetismo de las mujeres centroamericanas nacidas entre 1955 y 1985 y sus hijos e hijas nacidos alrededor del 2000 produjo una pérdida en los ingresos labores de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua de aproximadamente 166 millones de dólares. Estos son los ingresos que las madres y sus hijos dejaron y dejaran de percibir durante toda su vida laboral (15 a 59 años) como consecuencia de la muerte temprana o la vida con enfermedad atribuible al analfabetismo de las mujeres.

La pérdida monetaria se traduce en más de 475 mil años de vida perdidos o vividos con discapacidad, que se habrían evitado si las mujeres de estas cohortes tuvieran siete o más años de educación formal. El Cuadro 1 resume estos hallazgos por país.

El analfabetismo en los países centroamericanos ha persistido a través de los años, a pesar de las diversas políticas educativas y planes de acción que se han instaurado en pro de su eliminación. Durante la década de los noventa el 27% de la población centroamericana con más de 15 años de edad era analfabeta. Para el año 2000, un 22% de los centroamericanos entre los 15 y los 64 años no tenía ningún grado educativo; casi la mitad del total de la población -10 millones de personas - carecía de educación formal o no había terminado la enseñanza primaria y solamente un 19% tenía primaria completa (IIPE/UNESCO, 2007).

Cuadro 1
Centroamérica (circa 2000/2005): Ingresos laborales y años de vida ajustados por discapacidad, potencialmente perdidos por el deterioro en la salud materno infantil de las madres analfabetas

País	Millones de dólares [1]	Años de vida perdidos
Total	166,1	475.245
Guatemala	104,8	296.966
Honduras	10,3	28.721
El Salvador	22,4	71.079
Nicaragua	28,6	78.479

1. Valor de ingresos laborales perdidos, asumiendo que cada cohorte ingresa al mercado de trabajo a los 15 años y sale a los 59. Los flujos de ingreso se trajeron a valor presente al año 2005 con una tasa de descuento del 6,84%

En el 2005 la proporción de personas adultas (mayores de 15 años) que no sabían leer ni escribir en estos cuatro países sumaba 4.6 millones de personas (14%). En Guatemala, el analfabetismo afectó el 28% de los adultos mientras que en El Salvador esa proporción es casi la mitad (17%). Nicaragua y Honduras se colocaron en posiciones intermedias con 20% y 18% respectivamente.

A pesar que la proporción de personas analfabetas ha venido disminuyendo con el tiempo, en los cuatros países en estudio estas proporciones siguen siendo muy altas en comparación con otros países de la región como Costa Rica y Panamá, que muestran un 4% y 7% en el mismo año (UNESCO, 2008).

Las razones por las cuales se presenta este fenómeno son múltiples, sin embargo, factores económicos y sociales son claves. La pobreza hace más vulnerables a las personas sin educación formal, e inclusive provoca la reproducción de la deserción escolar y la imposibilidad de completar al menos la educación primaria. En el 2002 la población centroamericana sin educación formal poseía un nivel de pobreza mayor al 60%. A esto se suman las diferencias por sexo que aún persisten, especialmente en Guatemala donde el 33% de las mujeres de 15 años o más no saben leer y escribir.

Si bien el analfabetismo puede ser una buena aproximación de la pobreza y de la exclusión de genero, Cleland y van Hinecken (1988) demostraron que en América Latina, aún tomando en cuenta estas otras características de las mujeres como el nivel socioeconómico y la étnica, en América Latina la educación mantenía un efecto directo en la mortalidad infantil y en la mortalidad de menores de 1 a 4 años.

El curso metodológico que fundamenta la investigación se inspira en la investigación reciente de Martínez y Rodríguez (2006) sobre el costo

de la desnutrición en América Latina. El objetivo principal fue cuantificar en millones de dólares, las consecuencias del analfabetismo en el deterioro de la salud y la eventual muerte de las mujeres en edad fértil y sus hijos menores de cinco años.

Para capturar el efecto del analfabetismo en la salud, se usaron los diferenciales entre dos niveles de educación formal. Se considera analfabeta a la mujer que auto declara no haber aprobado o concluido ni un año de educación formal. La mujer alfabetizada es aquella que declara haber aprobado siete o más año de educación formal. Se adoptó este concepto de "alfabetización" porque se pretende capturar, con este nivel de educación formal, otras capacidades y destrezas de la persona que la hagan capaz de mejorar su calidad de vida (UNESCO, 2004). Por ejemplo, leer y entender recetas médicas, utilizar los cálculos aritméticos para preparar o administrar dosis de medicamento, entre otras.

Los diferenciales entre la mortalidad de menores de cinco años por nivel de escolaridad de la madres permitieron estimar el número de vidas que se habrían evitado si la madre hubiese tenido siete años o más de educación formal. Los riesgos relativos de enfermar, de un peor autocuidado y un menor control pre y post natal se usaron para medir el efecto en la salud de las madres.

No se lograron medir otros efectos que en el futuro van a ser más importantes debido al cambio en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones en estudio, por ejemplo, el efecto del analfabetismo en el control de enfermedades cardio vasculares, el autocuidado para no desarrollar diabetes tipo II o mantener una condición estable de salud cuando se sufre hipertensión. A esto se le suma la falta de estudios longitudinales, sin ellos no se puede dar seguimiento a las implicaciones que podría tener el analfabetismo en la salud de las poblaciones adultas.

Sin embargo, la mayor morbi mortalidad de menores de cinco años hijos de madres analfabetas y el peor estado de salud de estas mujeres fue suficiente para demostrar las pérdidas económicas que estos países sufren por no alfabetizar a sus mujeres. Esta pérdida no representa la proyección de estos efectos en las nuevas generaciones, ni las peores condiciones de salud y educación acumuladas por las generaciones pasadas desde su nacimiento. Pero, los resultados dan una idea de los millones de dólares, miles de años y miles de vidas que cada país ha perdido al dejar morir estos niños, o permitirles que vivan con enfermedad y sin educación.

Métodos y procedimientos

Dar un valor monetario a la vida humana es complejo. Este artículo intenta hacer esta valoración usando los ingresos laborales perdidos por los efectos del analfabetismo de las mujeres en salud de sus hijos e hijas y en su propia salud.

Para lograr esta estimación se requirió de dos etapas, primero medir los efectos del analfabetismo en la salud de las mujeres y de sus hijos. Segundo estimar los ingresos laborales perdidos producto de la morbimortalidad de esta población.

Los efectos del analfabetismo en la salud se dividen en dos dimensiones: la salud de los menores de cinco años y la salud de sus madres. Los indicadores de mortalidad y morbilidad provienen de la Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. Se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala (ENSMI, 2002), la Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (FESAL, 2002/2003), la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de Honduras (ENESF, 2001) y la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, de Nicaragua (ENDESA, 2001).

Primero se midió el efecto de la madre analfabeta en la mortalidad infantil y en la mortalidad entre 1 y 4 años de edad. Luego se estimó la morbilidad de los menores de cinco años en enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias, desnutrición severa y problemas perinatales atribuibles al analfabetismo de la madre. Para la salud de la madre se consideró el efecto del analfabetismo en los padecimientos durante el embarazo, parto y post parto.

Se utilizaron los diferenciales de la mortalidad infantil y la mortalidad de menores de 1 a 4 años según los niveles de educación de la madre. Para morbilidad de los hijos y las mujeres se usaron los riesgos relativos de los indicadores de salud materno-infantil y se siguieron los lineamientos de Martínez y Rodríguez (2006).

Los diferenciales y los riesgos relativos se obtienen al comparar las probabilidades de morir y las proporciones en los indicadores de morbilidad materno-infantil entre madres analfabetas y madres alfabetizadas. Se considera analfabeta a la mujer sin educación formal, mientras que la mujer alfabetizada es aquella que aprobó siete o más años de educación formal.

Los riesgos relativos se usaron como factor de ajuste para las tasas estandarizadas por edad que miden el número de vidas potencialmente perdidas por muerte prematura o disparidad (AVAD). Las tasas por 100 mil AVAD, el total de AVAD y las proyecciones de AVAD por grupos de edad se tomaron del estudio de carga de la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004: http://www.who.int/healthinfo/bodproject/en/).

Las tasas AVAD estandarizadas por edad se ajustaron para obtener los años de vida perdidos atribuibles al analfabetismo de la madre. Para el caso de la morbilidad de los menores de cinco años se usaron cuatro grupos de enfermedades que los afectan con mayor frecuencia, a saber: diarrea, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales y poliomielitis, difteria, varicela y tétano. Estas últimas cuatro se agruparon dentro del grupo de otras enfermedades. El efecto del analfabetismo en la salud de

la madre se midió solo en los padecimientos y muertes producidas por el embarazo, parto y puerperio.

La estimación final es el número de años perdidos por muerte prematura o discapacidad causada por el analfabetismo de las madres ($AVAD_{analfabestimo}$). La estimación de los años de vida potencialmente perdidos ajustado por discapacidad se hace asumiendo que el efecto del analfabetismo en la salud de estas mujeres y sus hijos no varían en el tiempo[63].

Para calcular las pérdidas monetarias que implican los $AVAD_{analfabestimo}$ se asume que estas mujeres y sus hijos e hijas logran emplearse y se mantienen recibiendo un salario mediado a los largo de todo su ciclo económico activo, es decir en un horizonte de 15 a 59 años de edad. Este valor se obtuvo al multiplicar los años de vida perdidos por analfabetismo por el ingreso mediado de los ocupados según edad y sexo. Se estimaron flujos anuales según la edad de la población económicamente activa hasta el 2055, año en que la última cohorte de nacidos en el 2000 saldría del mercado de trabajo. Los ingresos que esta generación dejó de percibir porque murió a edades muy tempranas o trabajaron en condiciones de salud deterioradas, se ajustaron tomando en cuenta la función de sobrevivencia de la cohorte hasta los 59 años (edad de retiro). Para obtener el valor de la pérdida total al 2005, se descontaron los flujos de ingresos usando una tasa de interés de 6,84 (Prime rate en dólares).

Los salarios mediados por sexo y grupo etario se obtuvieron de las Encuestas de Condiciones de Vida o de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples realizadas en estos países alrededor del 2005.

Otros indicadores económicos y sociales de cada país se tomaron de fuentes de información secundaria como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Más detalles metodológicos de la estimación de los efectos y los costos se pueden consultar en el Anexo.

Resultados

Centroamérica dejó de percibir 166 millones de dólares por el analfabetismo de las madres y su efecto en la morbimortalidad de sus hijos e hijas y en la morbimortalidad propia. El 60% de estas pérdidas corresponde a los ingresos laborales que las mismas mujeres dejaron de ganar por muerte prematura o vida con enfermedad, muertes y enfermedades debidas a su propio analfabetismo.

Estas pérdidas son parte del ciclo vicioso del analfabetismo, porque este produce muerte y enfermedad en las mujeres con menor nivel de educación y estas muertes prematuras y vida con discapacidad, se traducen en menores ingresos laborales, que impiden a sus hijos e hijas la sobrevivencia y la vida saludable. El otro 40% de los ingresos laborales res-

tantes, son las pérdidas económicas que produce el analfabetismo de las madres en sus hijos e hijas.

Los años de vida ajustados por discapacidad y potencialmente perdidos a causa del analfabetismo representan una medición alternativa para contabilizar las pérdidas que el analfabetismo produce al deteriorar la salud de esta población. Centroamérica perdió más de 475 mil años a causa del analfabetismo de sus mujeres, pérdidas que se habrían evitado si las madres hubieran alcanzado al menos siete años de educación formal. El Cuadro 2 resume estos hallazgos.

Cuadro 2
Centroamérica (circa 2000/2005): Ingresos laborales y años de vida ajustados por discapacidad, potencialmente perdidos por el deterioro en la salud materno infantil de las madres analfabetas según tres grupos de enfermedad

Efecto en la salud	Millones de dólares [1]	Años perdidos por analfabetismo según edad	
		De 0 a 59	De 0 a 14
Total	166,1	475.245	152.012
Mortalidad de menores de 4 años	33,0	227.710	88.587
Morbilidad en menores de 4 años	31,6	155.337	63.425
Morbimortalidad de las madres	101,4	92.198	

1. Valor de ingresos laborales perdidos, asumiendo que cada cohorte ingresa al mercado de trabajo a los 15 años y sale a los 59. Los flujos de ingreso se trajeron a valor presente al año 2005 con una tasa de descuento del 6,84%

El 80% de los años perdidos se debe a las muertes prematuras y las enfermedades de los hijos e hijas de madres analfabetas. Este resultado podría parecer contradictorio, porque la menor cantidad de años perdidos recaen en las madres aunque son ellas quienes presentan las mayores pérdidas de los ingresos laborales. Pero hay que tomar en cuenta que las personas menores de cinco años deben esperar por lo menos quince años para comenzar a generar ingresos laborales, este período de preparación para entrar al mercado laboral es el más vulnerable a las enfermedades y causas de muerte seleccionadas. Entonces, a pesar que se cuentan los años de vida perdidos por muerte prematura o por discapacidad, el 32% del total de años no se costea porque se pierden entre los entre 0 y 14 años de edad (Cuadro 3).

El analfabetismo de las madres causó 2.000 muertes anuales de menores de cinco años, que equivale a 33 millones de dólares perdidos

La mortalidad infantil, que ocurre antes que la persona cumpla el primer año de vida, es mucho mayor a la que se presenta en los años posteriores y a través del tiempo ha sido un foco de atención para políticas de salud (Chaves et al: capítulo 6). También, aunque más recientemente, lo ha pasado hacer la mortalidad entre 1 a 4 años de edad. Se ha comprobado que reducir la mortalidad en menores de cinco años, es menos costoso para un pueblo, que disminuir la mortalidad en otras edades (Chaves et al: capítulo 6).

La mortalidad de menores de cinco años está determinada por aspectos sociales, demográficos y culturales, entre ellos los patrones de morbilidad del país, el acceso a servicios básicos de saneamiento, el acceso a servicios de salud de primer nivel y las características sociodemográficas de la madre o la de la persona que se encarga de cuidar a los y las menores. La escolaridad de la madre es una de las características más importantes que contribuyen a explicar la sobrevivencia de las personas menores de cinco años. La mortalidad infantil y mortalidad de menores de 1 a 4 años es más alta en los hijos de madres analfabetas en comparación con los hijos de madres con algún nivel de educación formal.

Cuadro 3
Centroamérica (circa 2000/2005): mortalidad infantil y mortalidad de menores de cuatro años, según nivel de educación de la madre.

Nivel de educación	**Tasa de mortalidad infantil por mil***			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Total	39	34	25	31
Ninguno	55	63	36	53
Primaria	34	33	23	29
Secundaria +	12	18	22	17
Nivel de educación	**Tasa de mortalidad de 1 a 4 años por mil****			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Total	15	22	6	7
Ninguno	22	23	5	14
Primaria	11	10	7	8
Secundaria +	5	4	6	2
Nivel de educación	**Mortalidad de menores de cinco años***			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Total	53	45	31	38
Ninguno	76	85	41	66
Primaria	45	43	28	36
Secundaria +	17	22	28	18

*Tasas de mortalidad infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos.
**Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes por año.
Fuente: Cuadro 8. CDC (2005):109. Se ajustaron los niveles de educación.

El Cuadro 3 muestra el efecto de la educación en la mortalidad infantil y en la mortalidad de 1 a 4 años. Esta relación ha sido demostrada para varias regiones del mundo usando datos similares (Cleland y van Ginneken, 1988; Cleland y van Ginneken, 2008).

Anualmente se habrían evitado el 3% de las muertes de menores de cinco años durante el quinquenio 2000-2004, esto equivale a más de 2.000 vidas perdidas por año o un poco más de 11.000 para todo el quinquenio. Vidas de menores de cinco años que se habrían salvado si sus madres tuvieran siete años o más de educación formal. A Guatemala le corresponden el 50% de estas muertes, a Honduras 28% mientras que en El Salvador correspondieron al 3%. Para todos los países excepto para El Salvador, el analfabetismo de las madres cobró el entre 3% y 5% de las muertes totales en este grupo etario.

La muerte prematura de estos menores causó un pérdida de 32 millones de dólares que representan los ingresos laborales que estas personas habrían obtenido si permanecen en el mercado de trabajo durante todo su ciclo activo (15-59 años) bajo las condiciones de empleo proyectadas para cada país. A Guatemala le corresponden las mayores pérdidas (71%), mientras que El Salvador tuvo la menor pérdida (2% del total). Honduras y Nicaragua perdieron 4 y 5 millones, respectivamente.

En el Cuadro 4 se puede ver el número de vidas perdidas durante 2000-2004, la cantidad de años perdidos y los ingresos no percibidos por la cohorte nacida entre 1997 y 2002 que murió antes de su quinto cumpleaños.

Cuadro 4:
Centroamérica (circa 2000/2005): Número de vidas perdidas durante 2000-2004, años de vida e ingresos laborales perdidos para todo el ciclo económicamente activo de niños y niñas menores de cinco años que murieron porque sus madres eran analfabetas.

País	Millones de dólares[1]	Años perdidos por analfabetismo		Vidas perdidas		
		De 0 a 59	De 0 a 14	Infantil	1-4 años	< 5 años
Total	160.598	469.136	152.012	6.432	4.551	10.983
Guatemala	104.799	296.966	92.197	3.751	1.868	5.619
Honduras	22.382	71.079	21.890	1.493	1.551	3.044
El Salvador	10.292	28.721	8.370	333	0	333
Nicaragua	23.125	72.370	29.555	855	1.131	1.987

1. Valor de ingresos laborales perdidos, asumiendo que si estos menores hubieran sobrevivido habrían ingresado al mercado de trabajo a los 15 años y salido a los 59. Los flujos de ingreso se trajeron a valor presente al año 2005 con una tasa de descuento del 6,84%.

El analfabetismo de la madre aumenta la morbilidad de sus hijos e hijas

Los hijos de madres analfabetas tienden a no completar el cuadro de vacunación, padecen más infecciones respiratorias, diarreas y desnutrición severa. En general, los hijos e hijas de madres analfabetas se enferman más, tiene un menor número de consultas a los profesionales de salud cuando se presenta la enfermedad y sus madres están en menor capacidad de brindar o administrar el tratamiento adecuado para controlar este tipo de enfermedades (ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03; CDC, 2005; Rayo, 2007).

Los Cuadros 5 y 6 muestran el efecto del nivel de la educación formal de la madre en el padecimiento de enfermedades, prácticas preventivas y de tratamiento de estas enfermedades. Para la mayoría de los países entre mayor es el nivel de educación de las madres mejores son los indicadores de salud para sus hijos e hijas.

Cuadro 5
Centroamérica (circa 2000/2005): Indicadores de morbilidad infantil, según nivel de educación de la madre

Niveles de escolaridad de la madre	Síntomas de IRA			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Menores de cinco años*	**7.519**	**3.936**	**6.295**	**6.295**
Total	18,2	48,6	16,6	30,9
Ninguno	19,7	48,5	9,2	34,4
Primaria	18,5	50,0	15,6	33,2
Secundaria +	13,9	46,8	19,4	25,7
Niveles de escolaridad de la madre	**Diarrea**			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Menores de cinco años*	**7.521**	**3.936**	**4.106**	**6.595**
Total	22,2	22,5	13,8	13,1
Ninguno	24,1	22,7	18,7	14,6
Primaria	24,2	24,0	14,0	14,9
Secundaria +	11,6	17,2	11,5	9,8
Niveles de escolaridad de la madre	**Desnutrición**			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Menores de cinco años*	**6.308**	**5.609**	**4.106**	**6.242**
Total	3,7	16,6	1,8	1,8
Ninguno	5,7	30,0	4,3	4,3
Primaria	3,1	17,6	1,6	1,5
Secundaria +	0,6	4,2	0,4	1,0

Fuente: ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03

* Los números absolutos en al fila de "Menores de cinco años" se refieren al tamaño de muestra.

Al comparar las proporciones de niños y niñas que presentaron síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el 0 señala que en Guatemala y Nicaragua los hijos de las madres analfabetas padecen más que los hijos de las madres alfabetizadas. Para el caso de Guatemala estos menores padecen 40% más, en Nicaragua la diferencia es de 30%.

Sin embargo, el mayor nivel de escolaridad de la madre no afectó la cantidad de veces que los menores de cinco años de Honduras presentaron síntomas de IRA y por el contrario, en El Salvador la cantidad de niños que presentó síntomas de IRA fue mayor en las madres alfabetizadas[64].

Para el caso de la diarrea y la desnutrición el efecto de la escolaridad de las madres es más claro en comparación con los síntomas de IRA (0). Por ejemplo, en Guatemala la proporción de niños menores de cinco años hijos de madres analfabetas que padecieron diarrea es el doble de la proporción de menores que presentaron este padecimiento y cuyas madres tienen siete o más años de educación formal.

En el caso de la desnutrición las diferencias más que se cuadriplican en todos los países. El caso más drástico es El Salvador, donde la cantidad de niños con desnutrición e hijos de madres analfabetas es 11 veces la cantidad de niños con desnutrición e hijos de madres alfabetizadas.

Las brechas entre los indicadores de prevención de la enfermedad y tratamiento de la misma, de los hijos de madres analfabetas en comparación con madres alfabetizadas, son todavía mayores. Además hay grandes diferencias entre los país (Cuadro 6).

Los logros en la cobertura del cuadro completo de vacunas varía entre un 80% en El Salvador a un 63% en Guatemala. De este modo, las diferencias entre el nivel de escolaridad de la madre se acentúan por las características del país. Mientras que en El Salvador la cobertura del cuadro de vacunación completo entre hijos de madres analfabetas e hijos de madres alfabetizadas es la misma, en Nicaragua la brecha es de 12 puntos porcentuales.

En cambio, las diferencias entre la proporción de mujeres analfabetas que no buscaron ayuda médica para tratar la enfermedad respiratoria aguda de sus hijos o hijas, es casi el doble, en comparación con las mujeres alfabetizadas y esta diferencia se mantiene entre los países. La misma relación se mantiene para la administración de tratamientos para la diarrea.

Las relaciones o comparaciones entre mujeres analfabetas y mujeres no alfabetizadas descritas en los Cuadros 5 y 6, son razones de probabilidad conocidas como riesgos relativos. Estos se usaron para ajustar las tasas AVAD y atribuir el efecto del analfabetismo de la madre en la salud de sus hijos e hijas.

Cuadro 6
Centroamérica (circa 2000/2005): Indicadores de prevención de enfermedad y el tratamiento que reciben los menores de cinco años, según nivel de educación de la madre.

Niveles de escolaridad de la madre	No completó el cuadro de vacunas			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Menores de cinco años*	**1.487**	**3.936**	**4.106**	**1.370**
Total	37,5	48,6	20,5	28,4
Ninguno	40,9	48,5	21,8	35,2
Primaria	36,4	50,0	21,1	28,8
Secundaria +	33,6	46,8	19,4	23,2
Niveles de escolaridad de la madre	**No buscó proveedor de salud para tratar la IRA**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Menores de cinco años*	**1.446**	**1.569**	**6.295**	**2.405**
Total	35,7	48,0	16,6	42,6
Ninguno	39,7	55,6	9,2	55,3
Primaria	36,5	49,9	15,6	42,9
Secundaria +	19,0	39,0	19,4	32,4
Niveles de escolaridad de la madre	**No administró ningún tratamiento para la diarrea**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Menores de cinco años*	**1.854**	**849**	**564**	**822**
Total	33,7	15,8	12,1	12,5
Ninguno	34,3	21,2	16,4	18,3
Primaria	35,0	15,0	12,3	11,5
Secundaria +	21,8	14,2	11,4	8,9

Fuente: ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03

* Los números absolutos en al fila de "Menores de cinco años" se refieren al tamaño de muestra

El Cuadro 7 muestra las tasas AVAD estándar ajustadas para las madres analfabetas, los años de vida perdidos por cada patología y la proporción que estos representan en la carga total de la enfermedad en cada país.

Cuadro 7
Centroamérica (circa 2000/2005): Tasas AVAD ajustadas por analfabetismo, años de vida potencialmente perdidos en las patologías más comunes de los menores de cinco años debido al analfabetismo de sus madres y proporción respecto a la carga de la enfermedad de cada país.

Enfermedades	Tasas AVAD ajustadas por analfabetismo[1]			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	983	750	730	865
Otras enfermedades[2]	127	48	37	136
Infecciones respiratorias	1.714	705	777	1.111
Deficiencias Nutricionales	6.204	4.392	3.877	2.021
Enfermedades	**Años de vida potencialmente perdidos por analfabetismo**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	9.602	3.670	2.200	3.521
Otras enfermedades[2]	149	9	6	59
Infecciones respiratorias	22.124	2.820	3.018	4.575
Deficiencias Nutricionales	61.975	24.997	9.678	6.932
Total	93.851	31.497	14.903	15.087
Enfermedades	**Proporción de la carga de la enfermedad**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	7,8	6,0	5,8	6,9
Otras enfermedades[2]	0,7	0,3	0,2	0,7
Infecciones respiratorias	12,3	5,1	5,6	8,0
Deficiencias Nutricionales	57,7	40,8	36,0	18,8
Total	21,7	17,3	12,2	9,8

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03 y OMS (2004)

Tasa estándar por 100.000 AVAD. Incluye poliomielitis, difteria, varicela y tétano.

Centroamérica perderá 155 mil años al permitir que los menores de cinco años vivan con las consecuencias de las enfermedades sufridas durante su niñez, esto representa el 17% de la carga de enfermedad en este grupo de patología. Estas pérdidas se habrían evitado o al menos disminuido si el nivel de educación de las mujeres fuera mayor. Las pérdidas más grandes se deben a las deficiencias nutricionales.

Entre los países, Guatemala carga con la mayor cantidad de años perdidos (60%), mientras que El Salvador y Nicaragua cada uno comparten el 10% de los años (Cuadro 7). La pérdida monetaria equivale a 32 mi-

llones de dólares. Guatemala es el país que reporta más pérdidas (66%). mientras que El Salvador solo pierde el 5% de esta cantidad de millones.

El analfabetismo de la madre pone en riesgo su propia salud

Las madres no alfabetizadas están expuestas a enfermar y morir por riesgos del embarazo, parto y postparto porque en general reciben una menor atención prenatal, tiene menores posibilidades de tener sus hijos e hijas en centros de salud y son atendidas en menor proporción por profesionales de la salud (Cuadro 8).

Cuadro 8
Países seleccionados de Centro América – Circa (2000-2005)
Indicadores de morbilidad y uso de los servicios de salud durante el embarazo, parto y postparto, según el nivel de educación de la mujer. (Países en estudio, última encuesta)

Niveles de escolaridad	No recibió atención prenatal			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Mujeres*	**7.901**	**6.624**	**5.850**	**4.848**
Total	16	17	14	14
Ninguno	24	33	28	34
Primaria	14	17	15	13
Secundaria +	3	7	7	4
Niveles de escolaridad	**Tuvo el parto en la casa**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Mujeres*	**7.891**	**6.624**	**5.850**	**6.526**
Total	58	45	31	33
Ninguno	79	73	59	65
Primaria	57	50	39	37
Secundaria +	11	7	11	8
Niveles de escolaridad	**No recibió atención de profesional en el parto**			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Mujeres*	**7,891**	**6,624**	**5,850**	**1,403**
Total	59	44	8	33
Ninguno	79	73	18	65
Primaria	58	49	9	36
Secundaria +	11	6	3	7

Niveles de escolaridad	No recibió atención postnatal			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Mujeres*	**5,538**	**4,226**	**4,333**	**1,403**
Total	80	66	54	72
Ninguno	88	79	62	79
Primaria	83	31	54	70
Secundaria +	50	55	27	49
Niveles de escolaridad	**Ninguna vacuna contra tétano**			
	Guatemala	**Honduras**	**El Salvador**	**Nicaragua**
Mujeres*	**7.913**	**8.362**	**10.689**	**4.848**
Total	36	6	4	13
Ninguno	41	9	6	21
Primaria	31	5	4	12
Secundaria +	37	6	3	10

Fuente: ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03
* Los números absolutos en la fila de "Mujeres" se refieren al tamaño de muestra

Las disparidades en el uso de los servicios entre madres analfabetas y madres alfabetizadas son las más importantes. Por ejemplo, la posibilidad de tener atención profesional en el parto es hasta diez veces más frecuente en madres alfabetizadas en comparación con las madres analfabetas. En la atención postnatal y la vacunación existen menos diferencias. El problema con la atención postnatal es que más la mitad de las madres no la recibe. Al ser tan baja la proporción de consulta después del parto, la brecha entre mujeres analfabetas y alfabetizadas no es tan notable como en los demás indicadores.

El Cuadro 9 presenta la estimación de los años de vida perdidos por la mayor morbimortalidad materna asociada con el analfabetismo de las mujeres y sus costos.

El total de años de vida perdidos por las malas condiciones de salud de las madres analfabetas durante el embarazo, parto y postparto corresponde a 92 mil. El 80% de las pérdidas las comparten Guatemala (54%) y Nicaragua. Los costos son alrededor de 100 en millones de dólares.

Cuadro 9
Centroamérica (Circa 2000-2005): Años de vida ajustados por discapacidad y perdidos por las condiciones maternas que sufren las madres analfabetas (países de estudio).

País	Millones de dólares	Años de vida perdidos
Guatemala	60,3	49.483
Honduras	11,6	10.261
El Salvador	8,0	8.557
Nicaragua	21,5	23.896
Total	101,4	92.198

Discusión

El analfabetismo le costó a Centroamérica 166 millones de dólares. Lo real de estas estimaciones es que algunas de estas pérdidas ya se dieron y son producto de las brechas en educación formal que existen en los países. Por ejemplo, durante el quinquenio anterior fallecieron alrededor de 11.000 menores de cinco años a causa de que sus madres no fueron alfabetizadas.

Evitar estas muertes le habría costado a los sistemas de salud de Centroamérica alrededor de $100 dólares anuales por infante, a cambio un beneficio que excede los $3000 dólares por niño o y niña que lograra sobrevivir.

Por otra parte, muchas de las mujeres, en especial, las que pertenecen a las cohortes de mayor edad, reciben ingresos promedios que apenas dan para la manutención de sus necesidades básicas y difícilmente sus ingresos puedan mejorar. En la mayoría de los casos tienen suerte si dado su nivel de educación logran trabajar.

La inversión para que estas pérdidas no se multipliquen está en las generaciones más jóvenes, que recién han entrando al mercado de trabajo, que todavía no han tenido hijos y que viven con sus padres. Estas generaciones tienen un menor costo al posponer su entrada al mercado de trabajo y alfabetizarse, o incluso la alfabetización puede darse en forma simultánea dentro del mercado de trabajo. Se requiere entonces de estrategias de alfabetización específicas.

La inversión en alfabetización de las mujeres jóvenes es una estrategia de cambio en el curso de la producción y las condiciones de vida de estos países.

Para mantener la replicabilidad de esta investigación en otros países del istmo, se trató de usar la información y los indicadores publicados en los reportes de las encuestas. No obstante, se debe reconocer que las

estimaciones se vieron limitadas por la disponibilidad de información. La mayor cantidad de indicadores son bivariados, por lo que las estimaciones atribuidas a la educación pueden estar confundidas por otros efectos que no se capturan porque no se usan técnicas multivariadas para estimar los efectos del analfabetismo en la salud. Es fácil argumentar que el efecto de la educación medido en este estudio puede ser más bien una medición aproximada del efecto del nivel socioeconómico.

Sin embargo, de acuerdo con Cleland y van Hinecken (1988), en Latinoamérica el efecto de la educación de las madres en la sobrevivencia de sus hijos e hijas menores de cinco años no desaparece aún cuando se toman en cuenta otras características económicas de la madre y del hogar donde reside el menor.

Estos autores también señalan que el efecto de la educación es más claro en el grupo de 1 a 4 años, tal y como se puede comprobar para el caso de Honduras y Nicaragua. La mortalidad de los hijos e hijas de 1 a 4 años de madres analfabetas es 5 y 7 veces mayor a la mortalidad de los hijos e hijas de madres con secundaria o más. Las razones de este efecto no son simples de explicar pero al parecer en El Salvador y en Guatemala la educación de la madre tiene el mismo impacto en la mortalidad infantil y en la mortalidad de menores de 1 a 4 años.

Puede ser que en El Salvador el efecto sucediera en años anteriores pues han logrado disminuir sustancialmente la mortalidad de los menores de cinco años. Aunque, El Salvador podría ser una excepción, porque no hay diferencias entre los niveles de educación de primaria y secundaria y el impacto de la educación de las madres es el mismo en la mortalidad infantil que en la mortalidad de 1 a 4 años.

Reconocer en cuál grupo de edad la educación de la madre tiene mayor impacto es útil para generar intervenciones costo efectivas. Es posible que las intervenciones que evitan las muertes de los menores de 1 a 4 años sean más baratas que las que evitan la mortalidad infantil. Esto puede usarse como estrategia en Nicaragua y en Honduras. Sin olvidar que las altas tasas de mortalidad infantil de Guatemala y en El Salvador todavía son altas, de modo que hay muchas muertes evitables en los primeros meses de vida también.

En esta primera estimación trató de incorporar las mejoras en la salud propia debidas al nivel de educación mediante riesgos relativos obtenidos de indicadores de utilización de servicios para cuidados materno infantiles. Falta incluir otras dimensiones como salud sexual y reproductiva, conductas de riesgo reproductivo y estilos de vida perjudiciales para las mujeres.

Tampoco se logran medir otros efectos en la salud que en el futuro van a ser más importantes debido al cambio en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones en estudio, por ejemplo, el efecto del analfabetismo en la detección temprana y tratamiento del cáncer, el control de enfer-

medades cardiovasculares, el auto cuidado para no desarrollar diabetes tipo II o mantener una condición estable de salud cuando se sufre hipertensión.

Otro aspecto tiene que ver con el valor a vida humana y el valor social de la misma. Esta discusión requiere de consideraciones éticas que van más allá del ejercicio de este artículo. La valoración de las muertes de niños de menores de cinco años se hizo con el fin de tener una idea los beneficios que cada país ha perdido al dejar morir estos infantes, no obstante se reconoce que el valor de la vida humana transciende los beneficios por ingresos laborales.

También se debe aclarar que los costos o pérdidas calculadas son un punto de partida, pues representan apenas una parte del costo social de no alfabetizar a la población. Otros efectos y costos asociados con la salud y la educación como la deserción del sistema educativo formal, las incapacidades, el ejercicio de la ciudadanía, el cuidado del ambiente entre otras, no se incluyen. Aun así, los efectos y costos calculados dan una idea de lo fundamental y servirán como base para estudios de costo-beneficio o costo-efectividad, que puedan con mayor precisión orientar las prioridades de inversión social de cada país.

Agradecimiento

Se agradece a la UNESCO y al Programa Estado de la Nación por motivar el estudio y abordaje metodológico de este tema. La UNESCO mediante el Programa Estado de la Nación financió esta investigación y ambas instituciones autorizaron la difusión de estos resultados. También se agradece a Karol Acón y Gilberth Brenes por sus aportes en la revisión de la metodología y en el sustento teórico de estos hallazgos. Este artículo presenta los resultados en el tema de Salud Materno Infantil, otras dimensiones de análisis como los efectos del analfabetismo en los ingresos de los trabajadores serán pronto publicadas por UNESCO.

Notas

[1] Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, acollado@ccp.ucr.ac.cr

[2] Esta pérdida no representa la proyección de los efectos en las nuevas generaciones, ni toma en cuenta las peores condiciones de salud y educación acumuladas por las generaciones pasadas desde su nacimiento. La estimación se hace para la cohorte de menores de cinco años nacidos entre 1997 y 2002 y para las madres que tenían entre 15 y 49 años, alrededor del 2000.

[3] Aunque parece extraña la relación entre madres analfabetas y madres alfabetizadas en la proporción de niños y niñas con síntomas de IRA en El Salvador, es posible que el mayor nivel de escolaridad de las madres lo que evidencie es una mayor capacidad de las madres alfabetizadas para detectar los síntomas de IRA en

sus hijos, de modo que la forma de declaración de la pregunta **podrían estar** sesgando los resultados.

Bibliografía

ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA (2002) *Informe Final. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-2001).* ASHONPLAFA, Secretaría de Salud de Honduras, USAID/Honduras, Centro de Control de Enfermedades y Prevención de Estados Unidos de América (CDC).

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA (2003). *Encuesta de Familia, Epidemiología y Salud* (FESAL-2002/03).

CDC. 2005. "Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Centroamérica". Control Diseases Center. Agosto, 2005.

CELADE. 2007. *Estimaciones y proyecciones de población a partir de la ronda de los últimos censos.* Tomada de la página de indicadores demográficos. Fecha de actualización: 2007. Fecha de descarga: 25 de marzo del 2008. http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

CHAVES, E.; Rosero, L.& C. Marín (2003). *Curso de Demografía en línea* http://ns.ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/

CLELAND, J.G. y van Ginneken, J.K (1988) "Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: the search for Pathways of Influence". *Social Science Medice.* 27 (12): 1337-1368

CLELAND, J.G. y van Ginneken, J.K (2008) "Educational Attainment and Health/Survival". Elsevier.

INE. 2006a. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006 (ENCOVI, 2006). Diseño de la muestra. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística.

INE. 2006b. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006. Manual de procedimientos técnicos del encuestador. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística.

INEC (2001) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA, 2001). Diseño de la muestra. Nicaragua, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INEC. 2006. Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida 2005 (EHME, 2005). Informe de Metodología y Operaciones. Managua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Banco Mundial, PNUD-ASDI-NORAD, Programa MECOVI.

IIPE/UNESCO (2007) "Educación para todos en 2015: ¿alcanzaremos la meta?". Síntesis con énfasis en América Latina y Argentina. Buenos Aires, Argentina.

MARTÍNEZ, R y Fernández, A. (2006) "Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina". División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina. Naciones Unidas.

MSPAS et al.2003. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI, 2002). Mujeres. Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala y otras instituciones.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 2006). WHO Statistical Information System (WHOSIS). Fecha de actualización: 2007. http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm. Fecha de descarga: 15 de marzo de 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 2004). Global burden of disease. Project and Statistics. Measurement and Health Information Department. http://www.who.int/healthinfo/bodproject/en/ Fecha de actualización: 2008. Fecha de descarga: 5 de febrero del 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS, 2007a). Salud en las Américas 2007.Volumen I -Regional.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS, 2007b). Salud en las Américas 2007.Volumen II –Análisis de los países.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS, 2005) Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Indicadores Básicos 2005. OPS. Unidad de Género, Etnia y Salud. Folleto No 2.

ORTEGA, A. (1987) *Tablas de mortalidad*. San José, CR: Centro Latinoamericano de Demografía CELADE.

RAYO, D. (2007) "Determinantes sociales de la salud". *Ponencia preparada para el Informe Estado de la Región, 2008*. Programa Estado de la Nación. San José.

UNESCO (2004). "The Plurality of Literacy and Its Implications for Policies and Programmes". Position Paper. Francia. ED-2004/WS/31 cld.16763.

UNESCO (2008). http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx

ANEXO

Metodología de estimación

Estimación de los efectos del analfabetismo de las madres en la salud de sus hijos e hijas y en la salud propia

Tres fueron los efectos estimados para medir la morbilidad y la mortalidad de las madres y sus hijos e hijas por causa del analfabetismo.

El primero está asociado a la mayor mortalidad que tienen los hijos e hijas de madres analfabetas. El segundo es el efecto de tener hijos e hijas más enfermos y el tercero es la mayor probabilidad de enfermar o morir que tiene una madre analfabeta en comparación con otra alfabetizada. Cada efecto requirió de una técnica de estimación diferente.

El efecto de la mortalidad de menores de cinco años debido a las probabilidades de vida diferenciadas según nivel educativo de las madres se traduce en número de vidas salvadas en un año en promedio.

Para ajustar las tasas de prevalencia de modo que reflejen la mayor morbilidad atribuible al analfabetismo se estimaron los riesgos relativos por patología y por factores de riesgo.

Con los riesgos relativos se ajustaron las tasas estandarizadas de años de vida potencialmente perdidos por morbimortalidad.

En una tercera etapa se reestiman los años de vida potencialmente perdidos por morbimortalidad en las cohortes nacidas entre 1997 y 2002 y en sus madres nacidas entre 1955 y 1985.

En este apartado se explica cómo se calcularon el número de vidas perdidas de niños menores de cinco años por ser hijos de madres no alfabetizadas. Luego se explican el cálculo de los riesgos relativos de la morbilidad de hijos, hijas y sus madres y cómo este se usa para estimar la cantidad de años perdidos por morbimortalidad de estas poblaciones a causa de la no alfabetización.

Vidas perdidas de menores de cinco años

Para estimar el número de vidas que se habrían salvado, se calcularon las probabilidades condicionadas de morir antes del primer año y entre 1 y 4 años y se estimaron las diferencias entre estas probabilidades según el nivel educativo de la madre.

Pasar de las tasas de mortalidad a las probabilidades se aplican la fórmula de Ortega (1988) para poblaciones cuya función de sobrevivencia es lineal. Así la probabilidad de morir a una edad determinada (q_x) viene dada por:

$q_x = \frac{2m_x}{(2 + m_x)}$, donde m_x= tasa de mortalidad

Una vez estimadas estas probabilidades se calcularon las diferencias entre ellas. El total de vidas perdidas se obtiene al multiplicar las tasas por población total en el grupo etario y el diferencial de las probabilidades.

$$Vidas = (m_x \times N_x \times \Delta q_x)$$,

Donde N_x es la población en la edad x y

$\Delta q_x = q_{alfabetizada} - q_{analfabeta}$ es la diferencia en las probabilidades de morir de los hijos e hijas según el nivel de alfabetización de las madres.

La población inicial fue la del año 2000, dado que las tasas de mortalidad de todas las encuestas están centradas alrededor de este año.

Riesgos relativos

El riesgo relativo es una razón de probabilidades o una razón de tasas. Para el caso de la morbilidad se tiene la proporción de niños enfermos por una patología específica, eso es la probabilidad de enfermar por esta patología.

Los riesgos relativos son entonces la razón de probabilidad por enfermedades, uso de servicios, cobertura de vacunación, aplicación de tratamientos etcétera, entre las madres o los hijos de madres analfabetas y las alfabetizadas.

Años de vida ajustados discapacidad y atribuibles a no estar alfabetizado

Los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad se tomaron del estudio de carga de la enfermedad del proyecto mundial de la Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/healthinfo/bodproject/en/).

Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), son el producto de la tasa de incidencia, la duración en años de la enfermedad y una ponderación según el grado de discapacidad o letalidad del grupo de causas estudiadas. La fórmula general de cálculo es:

$$AVAD_x = I_x \times D_x \times f_x$$

Donde *I* es la incidencia, *D* es la duración en años y *f* es una ponderación de la discapacidad.

El indicador AVAD o DALY (Año de Vida Ajustado por Discapacidad o "Disability-Adjusted Life Years"), integra en una sola medida los años de

vida perdidos debidos a muerte prematura, con los vividos en un estado menos saludable o con discapacidad. Permite estimar, los años perdidos por muerte antes de una edad determinada (años de vida potencial perdidos o AVPP) y los años vividos con discapacidad debido a enfermedad o lesión.

El impacto o "carga "de la enfermedad se mide en AVAD perdidos atribuibles a diferentes condiciones o factores de riesgo.

Para atribuir estos AVADs a las madres analfabetas se uso el riesgo relativo de conjunto de enfermedades según el grupo de interés y se ajustó la tasa AVAD. La proyección de los AVADs tomó en cuenta la composición etaria y el sexo según la estructura reportada para América Latina.

El Cuadro 1A es un ejemplo de la forma en que se aplicó el ajuste de las tasas AVAD. Se toma la tasa AVAD estándar para toda la población y se multiplica por el riesgo relativo de un conjunto de indicadores asociados al grupo de enfermedades seleccionadas.

Cuadro 1A
Centroamérica: Tasas AVAD ajustadas por analfabetismo y años de vida potencialmente perdidos en las patologías más comunes de los menores de cinco años.

	TASAS AVAD por 100 mil habitantes			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	620	597	446	605
Otras enfermedades 4	104	34	33	90
Infecciones respiratorias	978	573	713	730
Deficiencias Nutricionales	653	615	340	488
	Riesgos relativos de madres analfabetas a madres alfabetizadas			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	1.6	1.3	1.6	1.4
Otras enfermedades 4	1.2	1.4	1.1	1.5
Infecciones respiratorias	1.8	1.2	1.1	1.5
Deficiencias Nutricionales	9.5	7.1	11.4	4.1
	TASAS AVAD por 100 mil habitantes ajustadas por analfabetismo			
	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua
Diarrea	983	750	730	865
Otras enfermedades 4	127	48	37	136
Infecciones respiratorias	1,714	705	777	1,111
Deficiencias Nutricionales	6,204	4,392	3,877	2,021

Fuente: ENDESA, 2001; ENSMI, 2002; ENESF, 2001; FESAL, 2002-03 y OMS (2004).
Tasa estándar por 100.000 AVAD
Riesgo relativo de que la patología en hijos e hijas de madres no alfabetizadas en comparación con hijos e hijas de madres alfabetizadas
Tasa por 100.000 AVAD para los menores de cinco años, hijos e hijas de madres no alfabetizadas
Incluye poliomielitis, difteria, varicela y tétano.

El ajuste de la tasa AVAD de diarrea uso el riesgo relativo promedio de las madres analfabetas en comparación con las madres alfabetizadas en la proporción de casos reportados con diarrea, la administración de suero de rehidratación oral, la consulta profesional y haber administrado algún tratamiento. Las infecciones respiratorias se ajustaron con el riesgo relativo promedio de padecimientos de síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA) y la consulta profesional. Para las deficiencias nutricionales se uso la tasa de desnutrición severa y para el grupo de las otras cuatro enfermedades se uso el cuatro de vacunación completo.

En el caso de las mujeres se uso el grupo de enfermedades que la OMS clasifica como condiciones maternas. Para ajustar las tasa AVAD se uso el riesgo relativo promedio de la proporción de madres que no recibió atención prenatal, que tuvo el parto en la casa, que no recibió atención de un profesional de salud durante el parto, no tuvo consulta postnatal y no recibió ninguna vacuna contra tétano.

Costos en salud

Para estimar los costos en la morbilidad de los hijos e hijas y en la morbilidad propia causados por el analfabetismo de las madres se proyectó la pérdida de ingresos de la cohorte durante su ciclo laboral (edades 15 y 59). Los ingresos perdidos por la mortalidad de los menores son:

$$IP_{morta} = 2{,}5 * muertes * p(x) * Yme$$

Donde:
IP_{morta}: Ingreso perdido por mortalidad
P(x) es la probabilidad de sobrevivir a la edad x
Yme: mediana del ingreso para la población ocupada por grupo de edad
muertes: el número de muertes evitadas
2,5: se supone que es número promedio de años que la cohorte completa labora en un quinquenio

Los ingresos perdidos por la morbilidad de los menores fueron más fáciles de estimar porque se tienen años perdidos

$$IP_{morta} = 2{,}5 * muertes * p(x) * Yme$$

Donde:
IP_{morbi}: Ingreso perdido por morbilidad
Yme: mediana del ingreso para la población ocupada por grupo de edad

Como estos efectos se están dando en las cohortes nacidas entre 1997 y 2002, los ingresos esperados se comienzan a percibir hasta el 2015.

Se calculó el horizonte de ingresos y estos flujos se trajeron a valor presente con una tasa de descuento que es el promedio de los últimos 10 años de la Prime Rate anual, calculada en el mes de enero (6,84%).

Los ingresos perdidos por morbilidad de la madre usan la misma estimación que los ingresos perdidos por morbilidad de los hijos, pero las pérdidas se cuantificaron desde el quinquenio 2000-04 dado que las encuestas fueron realizadas en ese período.

Para estimar los costos al valor presente del 2005 se llevaron al 2005 los ingresos perdidos en el 2000 y se descontaron los flujos de ingresos potenciales del período 2005-2050.

Las vidas perdidas así como los años de vida perdidos fueron ajustadas por las tasas de ocupación o las tasas de actividad.

Una vez calculados los ingresos perdidos por de cada cohorte hasta llegar a los 59 años en valor presente, éstos fueron sumados.

LA MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICOUTERINO Y DE MAMA EN COLOMBIA Y MÉXICO COMO EXPRESIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

Rubby Marcela Martínez Bejarano[1]
Carolina Martínez Salgado[2]

Introducción

Uno de los problemas más preocupantes en el ámbito de la salud reproductiva es el que representa la elevada cantidad de mujeres que están falleciendo a causa del cáncer cérvicouterino y de mama. Estos dos padecimientos cobran anualmente innumerables vidas en América Latina, con un alto costo económico y social, pero sobre todo, en sufrimiento para las personas y las familias afectadas. En el caso de los dos países estudiados, la OPS estimó para el período que va de 2000 a 2005 tasas de mortalidad por cáncer de útero (entre ellos el de cérvix) de 12,6 por 100000 mujeres para Colombia y de 10,2 para México; en cuanto al cáncer de mama, las estimaciones fueron de 11,0 y 8,8 por 100000 mujeres, respectivamente (PAHO, 2007:10). Aun cuando estas cifras no colocan a estos dos países entre los que tienen los niveles más elevados en la región latinoamericana, las mujeres que fallecen en Colombia y México por estas causas no son pocas, pese a que en ambas naciones no han faltado los intentos por emprender programas preventivos que atenúen el impacto de esta letal patología.

Además, la distribución diferencial de los niveles regionales de mortalidad por estos cánceres dentro de cada uno de estos dos países parece reflejar grandes desigualdades socioeconómicas frente al riesgo de morir por estas causas. Esta situación resulta sumamente preocupante, en especial si se considera que estas desigualdades nos hablan de las condiciones en las que viven las mujeres de los distintos grupos sociales, que

a su vez se asocian estrechamente con algunos de los factores de riesgo con los cuales se ha vinculado la ocurrencia de este tipo de patología: para ambos cánceres, la edad; para cada uno de ellos, con sentido inverso, la paridad; para el cáncer cérvicouterino, la edad al inició de la vida sexual, el número de parejas sexuales y la exposición a infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano; para el de mama, la edad a la menarca, al inicio de la maternidad y la menopausia, la lactancia, además de la obesidad; finalmente, para ambos, el acceso a los servicios preventivos y curativos que posibiliten la detección temprana y el tratamiento oportuno (WHO, 1986; López-Ríos et al, 1997; Muñoz y Bosch, 1997; SSA, 1998; Palacio-Mejía, 2003; Flores et al, 2008).

En el caso de los dos países estudiados, la OPS estimó para el período que va de 2000 a 2005 tasas de mortalidad por cáncer de útero (entre ellos el de cérvix) de 12,6 por 100 000 mujeres para Colombia y de 10,2 para México; en cuanto al cáncer de mama, las estimaciones fueron de 11,0 y 8,8 por 100 000 mujeres, respectivamente (PAHO, 2007:10). Estos dos países no figuran entre los que tienen los niveles más elevados en la región latinoamericana (otros con indicadores socioeconómicos más desfavorables muestran panoramas aún más serios), pero las mujeres que fallecen en Colombia y México por estas causas no son pocas, y las desigualdades socioeconómicas que se expresan en la distribución diferencial de estas defunciones dentro de cada uno de estos dos países resultan sumamente preocupantes, en especial si se considera que son dos naciones en las cuales no han faltado los intentos por emprender programas preventivos para atenuar el impacto de esta letal patología.

En Colombia, un estudio realizado en el año 2000 (Rodríguez, 2000) mostró que el cáncer cérvicouterino hacía parte de las 20 primeras causas de mortalidad para las mujeres en 31 de las 33 regiones estudiadas (los 32 departamentos y el Distrito Capital), en tanto que el cáncer de mama lo era en 23 de las 33 regiones. Según este estudio, las regiones en las cuales estos dos cánceres no aparecían entre las primeras 20 causas de muerte eran aquellas con un alto porcentaje de omisión en las Estadísticas Vitales, y con serios problemas en el diligenciamiento de la variable causa básica de muerte, lo que habría ocasionado que muchas de estas defunciones quedaran clasificadas como otras neoplasias malignas. En cuanto a las variaciones regionales, este estudio mostró diferencias que iban desde tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino de 9,2 por 100 000 mujeres en Bogotá (capital de la República) hasta 64,1 por 100 000 mujeres en el departamento del Amazonas; tasas de mortalidad por cáncer de mama desde 5,8 por 100 000 mujeres en Sucre hasta 22,3 por 100 000 mujeres en el departamento de Arauca. Había regiones (como Arauca y Boyacá) para las cuales el cáncer cérvicouterino figuraba como octava causa de muerte en mujeres, pero las tasas de mortalidad eran de 26,7 y de 11 por 100 000 mujeres para una y otra.

En México, hasta los años noventa la preocupación epidemiológica fundamental en torno a estos dos cánceres estuvo centrada en el cérvicouterino. Pero a fines de esa década las tendencias ascendentes del de mama introdujeron una nueva alerta en el de por sí complejo panorama epidemiológico nacional, y trajeron un nuevo y, si cabe, aún más difícil desafío para las políticas sectoriales (CONAPO, 2000:110-114). Así, a principios de este siglo estos dos tipos de cánceres ocupaban ya entre el décimo y el doceavo lugar como causas de mortalidad femenina (sin distinción de edad), con tasas que han pasado, entre 2000 y 2005, de 9.1 a 8.0 por cada 100000 mujeres para el cérvicouterino, y de 6.8 a 7.9 por cada 100000 mujeres para el de mama. Para 2005 constituían ya, en su conjunto, el segundo lugar como causa de defunción de las mujeres de 15 a 29 años y el primero para las de 30 a 59 (SSA, 2006). Es de esperar que pronto se suceda un cambio en el orden de frecuencia, en el cual el cáncer de mama superará al cérvicouterino, con la consecuente necesidad de ajuste de los programas sanitarios. En cuanto a la distribución regional de la mortalidad por estas dos causas, sus niveles muestran, al igual que en el caso colombiano, importantes variaciones regionales, en forma tal que las entidades federativas en peores condiciones socioeconómicas registran niveles de mortalidad más elevados por cáncer cérvicouterino, y aquellas en situación más favorable registran mayores niveles de mortalidad por cáncer de mama (López-Ríos et al, 1997). Se ha señalado que el riesgo de morir por cáncer cérvicouterino es tres veces mayor en las mujeres que habitan en zonas rurales en comparación con las que viven en zonas urbanas (Palacio-Mejía et al, 2003; SSA, 2004:36)

Ante este panorama, en este trabajo nos propusimos revisar la situación actual (2004-2006) de la distribución diferencial de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en nuestros dos países, de acuerdo con algunas variables socioeconómicas y demográficas analizadas tanto en el nivel regional como en el individual. El supuesto que orienta este análisis es que probablemente en estas diferencias continúen expresándose cuando menos dos situaciones de graves consecuencias: la exposición de las mujeres a ciertas circunstancias sociodemográficas relacionadas con los factores de riesgo que las predisponen a contraer estos dos tipos de cáncer, y las deficiencias en la cobertura, calidad y acceso a los servicios preventivos y curativos que podrían protegerlas frente a dichos riesgos. Con base en las distribuciones diferenciales observadas en cada país, y sin extraerlas del contexto que representa cada uno de ellos, nos propusimos, finalmente, plantear algunas reflexiones sobre lo que ha ocurrido con los programas preventivos instrumentados en cada caso.

Metodología

Para realizar el análisis comparativo de la situación que guarda actualmente la distribución diferencial de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama según algunas variables socioeconómicas y demográficas en Colombia y México, nos valimos de la información más reciente reportada en los dos países al momento de la realización de este estudio, que es la correspondiente a los años 2004 a 2006. Como ya lo señalamos, esta información se examinó desde dos perspectivas: la regional y la individual.

En el caso de Colombia, la información sobre mortalidad se recabó de las Estadísticas Vitales, en particular de los certificados de defunción emitidos en los años 2004, 2005 y 2006. Para los denominadores de las tasas se recurrió a las proyecciones de población publicadas por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Como indicador de los niveles socioeconómicos de los departamentos se tomó el Índice NBI que es el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas calculado para 2007 por el DANE (2008).

En el caso de México, la información sobre mortalidad se tomó de los certificados de defunción según la versión que aparece en las bases de datos de la Secretaría de Salud (SSA, 2007a). Para obtener los denominadores de las tasas se utilizaron las proyecciones de población realizadas por el Consejo Nacional de Población (Partida, 2006). Como indicador de los niveles socioeconómicos de las entidades federativas se utilizaron los índices de marginación calculados para 2005 y publicado por el CONAPO (2006).

Para los dos países, en el análisis a nivel regional se consideraron las variables causa básica de muerte, edad, sexo y lugar de residencia habitual, así como los indicadores socioeconómicos regionales mencionados. Y para el análisis a nivel individual se recabaron las variables causa básica de defunción, edad, sexo, nivel educativo o de escolaridad, estado conyugal y régimen de seguridad social.

El procedimiento seguido para el análisis fue el siguiente:

a) Análisis en el nivel regional:

Se calcularon las tasas de mortalidad para los dos tipos de cáncer, para el conjunto del período considerado (2004-2006), para el conjunto de las mujeres y para tres grupos de edad (15 a 34 años, 35 a 64 y 65 años o más) en cada región de cada país (los 33 departamentos en Colombia y las 32 entidades federativas que constituyen los Estados Unidos Mexicanos).

Se calculó la razón de la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino con respecto a la de cáncer de mama para las mujeres de 25 años o más (razón de tasas = tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino / tasa de mortalidad por cáncer de mama), para construir un indicador sencillo que nos permitiera examinar el comportamiento de la relación entre

los niveles de mortalidad por cada uno de estos padecimientos. Con este indicador identificamos las zonas en las que la mortalidad por cáncer cérvicouterino sobrepasa (y por cuánto) al de mama, aquellas en las que ocurre la situación inversa, y aquellas en las cuales ambos niveles son similares.

Se analizó la relación entre esta razón de tasas de mortalidad y el indicador del nivel socioeconómico de las regiones (el índice NBI en Colombia y el índice de marginación en México).

Se comparó la variación de las tasas de mortalidad por cada uno de los dos tipos de cáncer para el conjunto de las mujeres de 25 años o más en cada región.

b) Análisis en el nivel individual:

Se calcularon y examinaron las distribuciones proporcionales de las defunciones de acuerdo con las variables consideradas para cada uno de los dos tipos de cáncer en cada país. Cabe hacer notar que en este nivel no se calcularon tasas, sino porcentajes, por lo cual la interpretación del panorama que con este análisis se muestra ha de se cuidadosa.

Resultados

El caso de Colombia

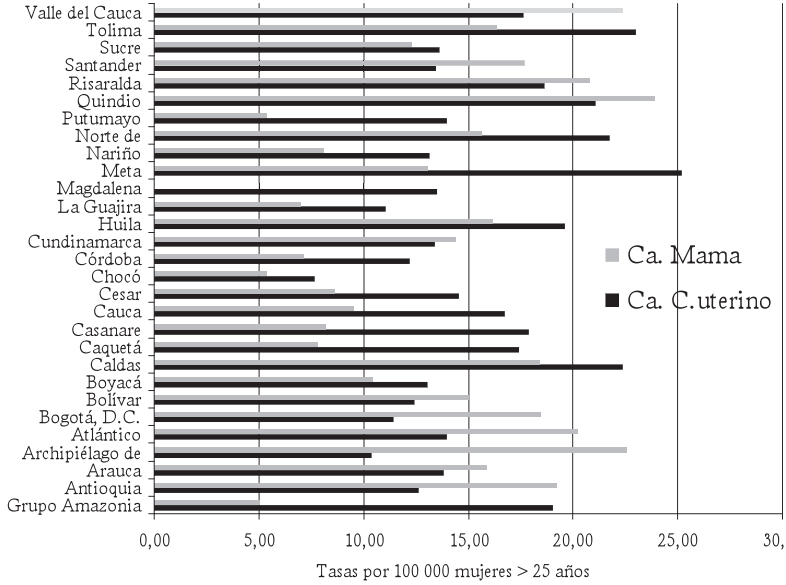
En el periodo estudiado se encontró una tasa de 14,64 por 100000 mujeres mayores de 25 años para el cáncer de cuello uterino y 16,32 por 100000 mujeres mayores de 25 años para el cáncer de mama. Debemos recordar que estas tasas ya de por si altas, esconden un importante subregistro por omisión del diligenciamiento del certificado de defunción y por error en el diligenciamiento de las causas de muerte.

a) Análisis regional

A pesar de estos promedios nacionales se encuentran a nivel regional tasas tan altas como 25,22 por 100000 mujeres mayores de 25 años para cáncer cérvicouterino y hasta de 23,90 por 100000 mujeres mayores de 25 años para cáncer de mama. Podemos observar (Grafico 1) que aun cuando para el total nacional la tasa de cáncer de mama es más alta que la tasa de cáncer de cuello uterino, existen diferencias grandes entre regiones; no solo en la magnitud de las tasas; también en el tipo de mortalidad que predomina. Observamos que para 17 de las regiones (cinco departamentos son agrupados como “Grupo Amazonia”), es más alta la tasa por cáncer de cuello uterino. Así mismo se observan grandes diferencias entre la razón creada para este estudio entre tasa de cáncer cérvicouterino y cáncer de mama encontrando razones desde 0,46 hasta 3,75. Para algunas regiones de mayor índice de necesidades básicas insatisfechas

podemos observar el predominio del cáncer cérvicouterino, pero no se cumple para todas. Se encuentran desigualdades muy marcadas (cuadro 2 en el anexo) en las tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama entre las diferentes regiones, principalmente asociadas a nivel educativo, nivel socioeconómico clasificado con base en índice NBI de cada región y acceso a los servicios de salud clasificado de acuerdo a afiliación a la seguridad social.

Gráfico 1
Tasas de cáncer de mama y cérvicouterino (por 100,000) – para mujeres de 25 años o más, por departamentos - Colombia (2004-2006)



Como se puede observar en el gráfico 2, no se puede evidenciar relación directa entre Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y mayor tasa de cáncer cérvicouterino; quizás porque las regiones con mayor NBI, son también las que presentan mayor subregistro, o podría corresponder también a la diversidad de la población al interior de los departamentos

Además de las diferencias entre regiones, se evidencian desigualdades entre las tasas por grupos de edad de las diferentes regiones que muestran una mortalidad más temprana en algunas zonas del país (Gráficos 3 y 4). En cuanto a la distribución porcentual de las muertes por grupos de edad, en la tabla 3 del anexo se muestra como el 33,82% de las muertes por cáncer cérvicouterino está ocurriendo antes de los 50 años y el 70% de las muertes por cáncer de mama ocurren entre los 35 y los 60 años.

Llama la atención además que el 36% de las muertes por cáncer de mama ocurre antes de los 50 años; esto es importante si tenemos en cuenta que los planes nacionales de salud incluyen la mamografía dentro de los programas de Promoción y Prevención a partir de los 50 años de edad.

Gráfico 2
Tasa de cáncer cérvicouterino para mujeres de 25 años o más,por 100,000 según índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) Colombia (2004-2006)

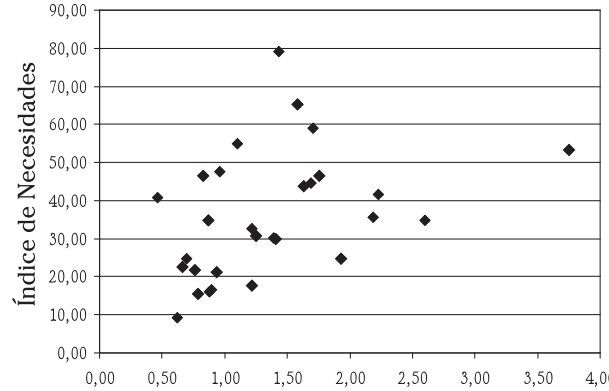


Gráfico 3
Tasa de cáncer cérvicouterino para mujeres de 15 años o más, segun grandes grupos de edad y departamentos - por 100,000 Colombia (2004-2006)

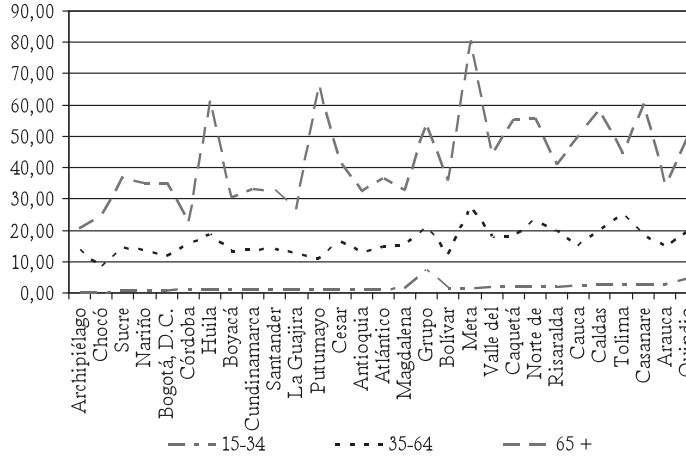
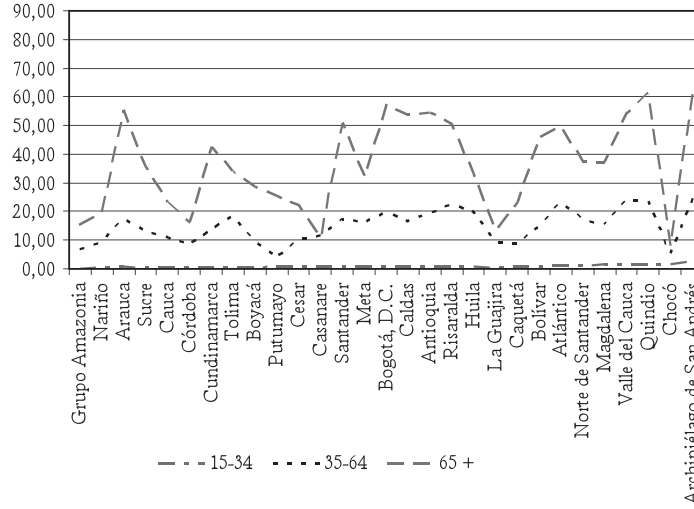


Gráfico 4
Tasa de cáncer de mama para mujeres de 15 años o más, segun grandes grupos de edad y departamentos - por 100,000 Colombia (2004-2006)



b) Análisis individual

El examen de las características de las fallecidas registradas en los certificados de defunción (cuadro 3 en el anexo) permite observar que, más allá de las diferencias antes reportadas, ninguno de estos dos tipos de cáncer es exclusivo de las mujeres de determinado nivel socioeconómico, y que en ambos tipos de regiones las hay con mejores y peores posibilidades para protegerse frente a daños a la salud como estos, en forma tal que en todos los casos son las mujeres que viven en las condiciones socioeconómicas más desfavorecidas las que se encuentran en situación más desprotegida.

Es importante resaltar cómo las desigualdades en los factores sociodemográficos y las condiciones de acceso a los servicios de salud son determinantes en los niveles de mortalidad de patologías importantes toda vez que están significando un altísimo número de años de vida perdidos y años de vida saludable perdidos. Esto ameritaría que los planes de salud consideraran estas desigualdades para adaptar sus estrategias a estas diferencias y hacerse acorde a las necesidades particulares de cada región.

La mortalidad por cáncer cérvicouterino, muestra una edad al fallecimientos más temprana que por cáncer de mama, y para este primero también se observa que un alto porcentaje de los casos (65,99%) perte-

necen al régimen de salud subsidiado (población de bajos recursos cuyo aseguramiento es subsidiado por el estado pero con un plan de salud reducido respecto del plan obligatorio de salud vigente para la población que paga su aseguramiento) o población vinculada (población de bajos recursos que es atendida por la red publica de servicios de salud por subsidio a la oferta). Se evidencia también una leve diferencia en la mayor escolaridad de quienes murieron por cáncer de mama y el mayor porcentaje de mujeres algunas vez unidas entre las que murieron por cáncer cérvicouterino.

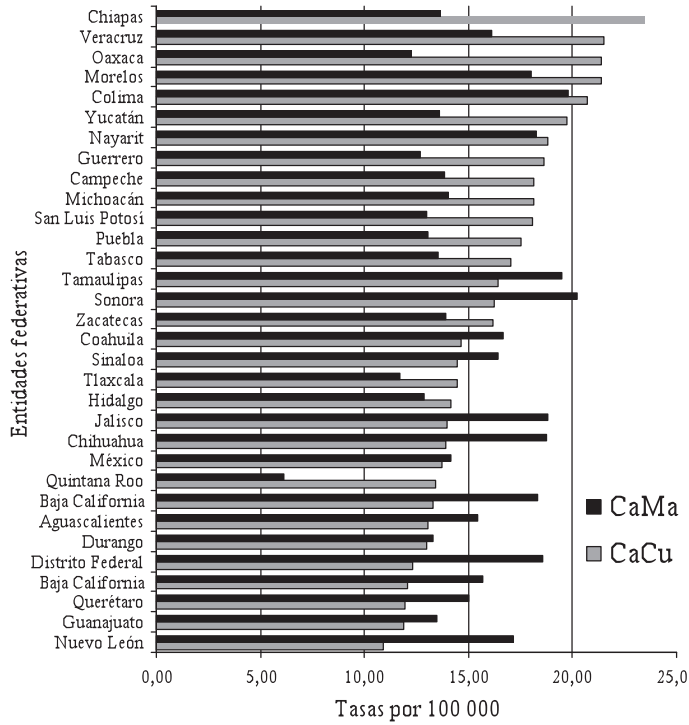
El caso de México

Las tasas de mortalidad por estos dos tipos de cáncer para el período examinado, para el país en su conjunto, resultaron casi idénticas: 15,7 defunciones por cada 100 000 mujeres de 25 años o más para el cérvicouterino, y 15,6, para el de mama (cuadro 4 en el anexo). El país se acerca al momento en que, como lo anuncia la tendencia de los últimos años, se producirá un cambio que colocará al cáncer de mama por encima del cérvicouterino.

Análisis regional

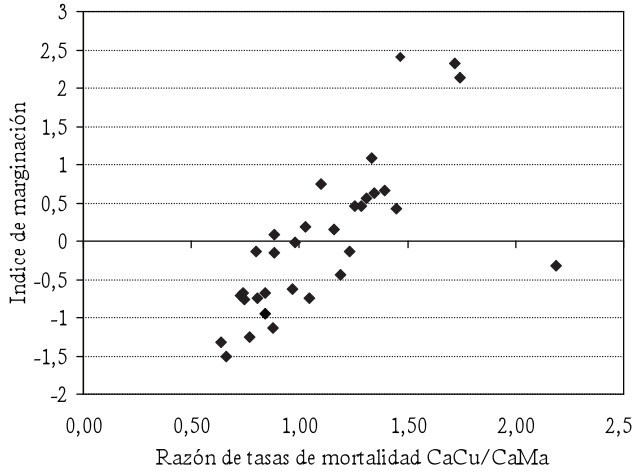
Sin embargo, el análisis de la variación regional ofrece una imagen más fina de las heterogeneidades que se ocultan tras la cifra nacional. Como se observa en el gráfico 4 (construida con datos del cuadro 4 en el anexo), hay entidades en las cuales los niveles de mortalidad por cáncer cérvicouterino están aún muy lejos de ser superados por los de mama. Pese a los problemas de subregistro que suelen afectar en mayor medida a las entidades en situación socioeconómica más precaria, puede observarse que los niveles de cáncer cérvicouterino varían desde las casi 11,0 defunciones por cada 100 000 mujeres en nuevo León (una de las entidades de mayor nivel socioeconómico) hasta las 23,5 por cada 100 000 mujeres en Chiapas (una de las entidades más pobres). En lo que se refiere a este al cáncer de mama, las diferencias van desde los 6,1 fallecimientos por cada 100 000 mujeres en Quintana Roo, hasta los 20,2 en Sonora (un estado de la frontera norte que también figura entre los de menor índice de marginación).

Gráfico 5
Tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en mujeres de 25 años o más según entidad federativa. México, 2004-2006



En términos generales (como se observa en el cuadro 4 en el anexo), en entidades de alta marginación (como Quintana Roo, Chiapas, Guerrero o Oaxaca) las tasas por cáncer cérvicouterino tienden a ser más altas (en ocasiones hasta dos veces mayores) que las de mama, y en las entidades con menores niveles de marginación (como algunos de la frontera norte y el Distrito Federal) los niveles de mortalidad por cáncer de mama superan con mucho a los de cérvicouterino. Esto se percibe con mayor claridad en el gráfico 6 (construida con datos del cuadro 4), que muestra cierta asociación directa entre el Índice de Marginación y la razón de tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino con respecto al cáncer de mama (que refleja la mayor mortalidad a causa del primero). Pero por perceptible que sea esta tendencia, el gráfico 5 indica también que hay algunas entidades que escapan a ella.

Gráfico 6
Razón de tasas de mortalidad e índice de marginación de las entidades federativas. México 2004-2006



Por lo que se refiere a las variaciones regionales de la mortalidad por grupos de edad, los gráficos 7 y 8 (construidas a partir del cuadro 5 en el anexo) muestran, en primer término, que tanto para el cáncer cérvicouterino como para el de mama, es en el grupo de 65 años o más en donde se concentran no sólo las tasas más elevadas, sino también los mayores contrastes entre entidades. Y en segundo término, destacan algunas entidades con comportamientos algo atípicos, como Chiapas (una de las entidades más pobres, en el sur del país), con la más elevada tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino para las mujeres de 35 a 64 años (casi 27 por 100000), y Baja California Sur (una entidad de relativamente reciente poblamiento con importante actividad turística), en donde la tasa por cáncer de mama para las mujeres de 65 años o más se dispara por encima de las observadas en el resto del país (91,9 por 100000 mujeres).

Gráfico 7
Tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino en tres grupos de edad según entidad federativa. México, 2004-2006

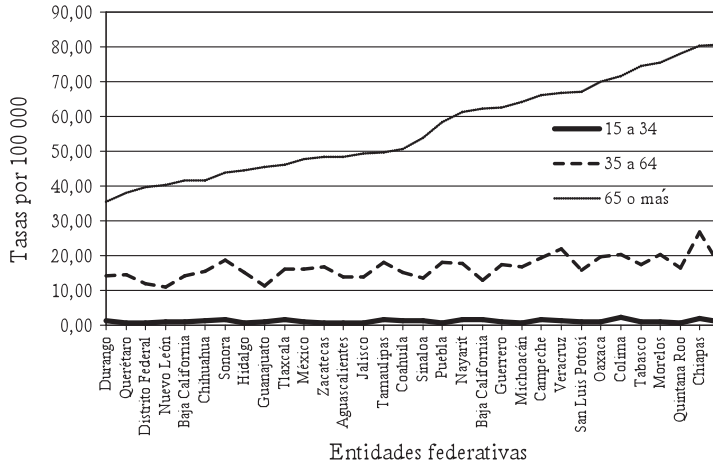
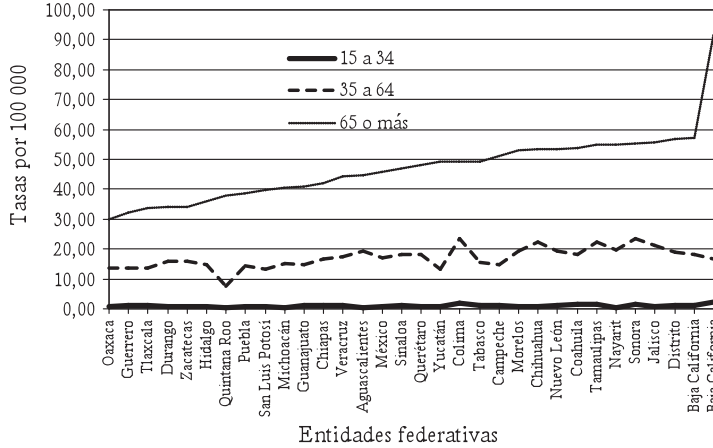


Gráfico 8
Tasas de mortalidad por cáncer de mama en tres grupos de edad según entidad federativa. México, 2004-2006



b) Análisis individual

La distribución proporcional de las defunciones por cada uno de estos cánceres según las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas deja ver lo siguiente (cuadro 6 en el anexo). En lo que se refiere a la edad, parecería que las muertes por cáncer cérvicouterino tienden a concentrarse en edades más avanzadas si se compara con las debidas al cáncer de mama. Destaca también el mayor nivel de escolaridad de las mujeres que fallecieron por cáncer de mama en comparación con las que murieron por cáncer cérvicouterino. Al revisar las variaciones en el estado conyugal se observa una proporción mayor de solteras entre las fallecidas por cáncer de mama en comparación con las alguna vez unidas (casadas, en unión libre, divorciadas y viudas), y la proporción de mujeres en unión libre y viudas es mayor entre quienes fallecieron por cáncer cérvicouterino. Estas características sociodemográficas permiten tener al menos un leve atisbo de algunas de las características de estas mujeres, posiblemente vinculadas con los factores de riesgo a los que estuvieron expuestas.

Pero un dato fundamental a considerar es el de la condición de derechohabiencia a la seguridad social, puesto que constituye un indicador muy importante no sólo del nivel socioeconómico, sino también de la posibilidad de recibir los beneficios de la atención médica tanto para la prevención propiamente dicha como para la detección temprana y el tratamiento oportuno que podrían diferir o interrumpir el curso mortal del padecimiento.

Lamentablemente, como se observa en el cuadro 6 (en el anexo), una importante proporción de estas mujeres carecía de acceso a la seguridad social: poco más de la tercera parte de quienes murieron por cáncer cérvicouterino y la cuarta parte de quienes murieron por cáncer de mama no tenían esta cobertura (entre 2004 y 2006 se dio un leve aumento de esta cobertura debido al crecimiento en la incorporación al nuevo esquema conocido como Seguro Popular, cuya resolutividad médica es, no obstante, extremadamente rudimentaria).

Tal parece, pues, que como lo han mostrado estudios previos, a nivel regional hay cierta tendencia a un mayor nivel de mortalidad por cáncer cérvicouterino en las regiones con peores condiciones socioeconómica, y a niveles más altos de mortalidad por cáncer de mama en las que tienen condiciones menos desfavorables. Pero el heterogéneo comportamiento de la mortalidad por estos dos tipos de neoplasias obliga a la consideración cuidadosa de la situación que, en cada una de las entidades federativas, está conduciendo a la ocurrencia de estas defunciones. El panorama aquí descrito muestra la complejidad del desafío para las políticas de salud, que habrán de atender simultáneamente, pero con énfasis regionales distintos, ambos frentes. Por lo demás, el análisis individual su-

giere que suelen ser las mujeres con los niveles socioeconómicos más bajos las que llevan la peor parte, independientemente del tipo de cáncer que las haya afectado.

Conclusiones

Con base en estas evidencias, podemos señalar que para el caso de los dos países estudiados, el cáncer cérvicouterino y el de mama son dos serias amenazas para la salud y la vida de las mujeres. Es sabido que los factores de riesgo que ocasionan esta patología son múltiples, y así parece reflejarlo la heterogénea distribución regional de la mortalidad por esta causa. Pero intentamos subrayar cómo las desigualdades socioeconómicas marcan una gran inequidad frente al riesgo de enfermar y de morir por estas causas. Llegadas a este punto quisiéramos plantear una vez más la reflexión sobre las medidas que se han emprendido en cada uno de estos países para enfrentar esta grave situación.

En Colombia se han hecho ingentes esfuerzos en la detección temprana de estas dos patologías, desde la Ley 100 de 1993 y sus principios de integralidad, universalidad, obligatoriedad, solidaridad, equidad, calidad, entre otros, hasta la adopción de programas especiales encaminados a lograr mayor cobertura y universalidad en la detección de cáncer cérvicouterino y de mama, y la política nacional de salud sexual y reproductiva emitida por el Ministerio de la Protección Social en 2003. Sin embargo, los resultados no son alentadores y las desigualdades entre los diversos grupos de la población en el país siguen siendo, como hemos visto, evidentes y dramáticas; pese a la mala calidad de los registros, es inocultable que en algunas localidades pobres las tasas de mortalidad por estos dos cánceres son considerablemente más altas que las registradas para poblaciones urbanas en mejores condiciones socioeconómicas. La situación de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama que los indicadores estudiados nos permiten observar no resulta extraña cuando se sabe que a pesar de las políticas estatales mencionadas, el aseguramiento en salud apenas alcanza el 69% de la población colombiana, y aún para ese segmento de población asegurada el acceso y oportunidad de los servicios es todavía muy deficiente. La situación, por supuesto, es todavía peor para quienes habitan en las zonas rurales, las zonas marginales de las grandes ciudades y las regiones más distantes y con mayor índice de NBI.

La Encuesta de Demografía y Salud (PROFAMILIA, 2005) que en el 2005 incluyó por primera vez preguntas específicas para evaluar el conocimiento de la población femenina y la atención en salud sexual y reproductiva permitió averiguar que apenas el 85% de la población femenina entre 18 y 69 años se ha realizado alguna vez una citología, pero además, que sólo el 52% lo hace con una frecuencia anual o bianual. De este 85% que alguna vez se realizó citología, el 92% reclamó los resultados y de és-

tos, uno de cada diez fue anormal. Un agravante adicional es que el 31% de las mujeres que tuvo resultados anormales no asistió a consulta por razones como falta de recursos, temor, creyó que podía esperar, no creyó que era importante, o no sabía que hacer. Esto hace pensar en una deficiente información y atención en los servicios de salud al momento de entregar los resultados. Para el caso del examen de seno y la mamografía, elementos que han sido determinantes para la detección temprana de cáncer de mama, las cifras son más preocupantes. Sólo el 53% de las mujeres encuestadas se ha realizado alguna vez el autoexamen de seno, y sólo el 2% de estas mujeres sabe que debe hacerlo el mismo día cada mes. En cuanto al examen clínico, se lo ha realizado sólo el 37% de las mujeres. La mamografía muestra igualmente porcentajes muy bajos y tan desiguales como 4,8% en el departamento de Caquetá, y 21,6% en Bogotá.

En México la situación no es más alentadora. Es cierto que yadesde 1974 existió en el país un Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer con la aplicación de la prueba de Papanicolaou, pero la escala en la que éste operó fue mínima. También es verdad que en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se incluyó, dentro del Programa de Salud Reproductiva, un subprograma de Detección y Control de Cáncer Cérvicouterino y de Mama (SSA, 1996). Pero parece haber sido hasta 1998 cuando empezó a hacerse un intento algo más sostenido por enfrentar el cáncer cérvicouterino reforzando algunas de las medidas propuestas en aquel programa, si bien para entonces las tendencias de la mortalidad por esta causa habían ya comenzado a descender (Schiavon y Espinosa, 2006). En cuanto al cáncer de mama, iniciativas más serias apenas están empezando a ser concebidas. El país no logra atender aún con suficiencia la amenaza del cáncer cérvicouterino cuando ya ha irrumpido en el panorama la del cáncer de mama.

A todo esto, hay que considerar las abismales diferencias que prevalecen en el acceso a los servicios de atención médica en su doble vertiente, preventiva y curativa. La cobertura de seguridad social en México no alcanza hoy día ni a la mitad de sus algo más de 100 millones de habitantes. Las posibilidades de incluir a una proporción mayor bajo el denominado Seguro Popular resultan sumamente limitadas. Y los bajos niveles de ingreso de la mayor parte de la población sugieren que el recurso de la atención privada es una alternativa viable sólo para muy pocos, pese a las intenciones en contrario que se asoman en el discurso del Programa Nacional de Salud de la actual gestión gubernamental (SSA, 2007). En todo caso, en este último documento se habla de un estudio reciente en el que se muestra que la cobertura efectiva de las intervenciones destinadas a la detección de cáncer cérvicouterino fue de sólo el 41,2 %, y para el de mama aún peor: 21,6 %, evidentemente, con profundas diferencias para las distintas regiones del país.

Al comparar lo observado en los dos países encontramos varias semejanzas, entre ellas los niveles de mortalidad por ambos tipos de cáncer a nivel nacional, la alta diversidad del comportamiento de estas dos causas de defunción en sus diversas regiones, y algunas de las características individuales en relación con niveles de escolaridad, estado civil y acceso a los servicios de salud. En cuanto a las diferencias, probablemente las más llamativas sean que en México, la asociación entre los niveles de mortalidad por estos dos tipos de cáncer y los indicadores socioeconómicos es más clara que en Colombia, y que en Colombia parece haber una más profunda inequidad en la distribución regional de estas, y una mortalidad mas temprana sobre todo para el cáncer cérvicouterino.

Ante un panorama como el descrito, consideramos que habría que favorecer el diseño de políticas que apuntaran a una prevención más radical, que no se circunscribiera exclusivamente a modificar los comportamientos individuales de las víctimas, sino que aspirara a la efectiva disminución de los factores de riesgo presentes en el entorno ambiental. Pero para nutrir ese tipo de políticas se requiere un estudio más detallado y profundo de los factores de riesgo, las condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de adquirir esta patología, y su relación con las características sociodemográficas de las mujeres. En cuanto a la vertiente curativa, es sabido que la posibilidad de sobrevivencia y la disminución de la letalidad de estas neoplasias se relacionan estrechamente con el acceso a una atención médica de buena calidad clínica, suficiente y oportuna. Pero los resultados examinados parecen sugerir que en el momento actual, esa es una alternativa inviable para buena parte de las mujeres de estos dos países dada la precariedad de la cobertura y la escasa calidad de la atención a la que sólo algunas tienen acceso.

Notas

[1] Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Investigación en Desarrollo Social CIDS, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. rmarcelam@gmail.com. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco), México, cmartine@correo.xoc.uam.mx.

[2] Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador, lrodriguez@unfpa.org. Este trabajo es parte de una investigación más amplia que realiza la autora en Ecuador. Sobre salud intercultural.

Bibliografía

CONAPO, 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana.* Consejo Nacional de Población, México.

CONAPO, 2006. *Indices de marginación 2005.* México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm (Citado el 10 de agosto de 2008).

DANE, 2008. Índice NBI. Departamento Nacional de Estadísticas. Disponible en URL: http:// www.dane.gov.co.

DANE, 2008. Base de datos certificados de defunción 2004, 2005, 2006. (Universidad Externado de Colombia- Facultad de Ciencias Sociales).

FLORES, Y., Bishai, D., Shah, K., Lazcano-Ponce, E., Lörincz, A., Hernández, M., Ferris, D., Salmerón, J., 2008. "Risk factors for cervical cancer among HPV positive women in Mexico". 50(1): 49-58.

LÓPEZ-RÍOS O, Lazcano-Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández-Ávila M, 1997. "La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica?". *Salud Pública Mex*; 39:259-265.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, 2006. *Polìtica Nacional de salud sexual y reproductiva.* Bogotá, Colombia.

MUÑOZ, N., Bosch, X., 1997. "Cervical cancer and human papillomavirus: Epidemiological evidence and perspectives for prevention". *Salud Pública Méx* 39(4):274-282.

PAHO, 2007. *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007*. Organización Panamericana de la Salud, UNFPA y UNIFEM, Washington, D.C.

PALACIO-MEJÍA, L.S., Rangel-Gómez, G., Hernández-Ávila, M., Lazcano-Ponce, E., 2003. "Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico." *Salud Pública Méx* 45(sup 3): 315-325.

PARTIDA, V., 2006. *México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: http://www.conapo. gob.mx/00cifras/5.htm

PROFAMILIA, 2005. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. PROFAMILIA, Bienestar Familiar, USAID, Ministerio de la Protección Social, UNFPA.

RODRÍGUEZ G., J, 2000. *Descripción de la Mortalidad por Departamentos, Colombia, año 2000*. Documento de Trabajo. Cendex, Colombia,

SCHIAVON R y Espinosa R, 2006. "Panorama actual del Programa de Detección del Cáncer Cérvicouterino en México, 2005". *Gamo* 5 (4):89-90.

SSA, 1996. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: Secretaría de Salud.

SSA, 1998. Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. Secretaría de Salud, México. Disponible en URL: http://www.salud. gob.mx/unidades/cdi/nom/ 014ssa24.html (citada el 15 de julio de 2008).

SSA, 2004. Salud: México, 2003. I*nformación para la rendición de cuentas*. Secretaría de Salud, México.

SSA, 2006. *Mortalidad por cáncer cérvicouterino según entidad federativa y municipio, 2005.* Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México.

SSA, 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, Secretaría de Salud.

SSA, 2007a. Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. *Mortalidad.* Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de INFORMACIÓN EN SALUD. DISPONIBLE EN URL: http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/ index.html.

WHO, 1986. "Control of cancer of the cervix uteri", *Bull WHO* 64(4):607-618.

ANEXO

Cuadro 1
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama e índice de NBI por departamento. Tasas por cada 100 000 mujeres de 25 años o más. Colombia 2004 - 2006

DEPARTAMENTO	Ca. C. uterino	Ca. Mama	Razón Ca CU /Ca Mama	NBI
Grupo Amazonia	15,88	5,08	3,13	53,16
Antioquia	12,64	19,18	0,66	22,59
Arauca	13,80	15,87	0,87	34,92
Archipiélago de San Andrés	10,40	22,53	0,46	40,87
Atlántico	13,98	20,22	0,69	24,68
Bogotá, D.C.	11,41	18,48	0,62	9,16
Bolívar	12,41	15,04	0,83	46,56
Boyacá	13,05	10,44	1,25	30,71
Caldas	22,40	18,41	1,22	17,69
Caquetá	17,44	7,83	2,23	41,60
Casanare	17,88	8,17	2,19	35,61
Cauca	16,72	9,53	1,76	46,41
Cesar	14,54	8,59	1,69	44,53
Chocó	7,66	5,36	1,43	79,05
Córdoba	12,21	7,17	1,70	59,02
Cundinamarca	13,42	14,38	0,93	21,16
Huila	19,62	16,17	1,21	32,56
La Guajira	11,04	6,98	1,58	65,18
Magdalena	13,51	14,02	0,96	47,63
Meta	25,22	13,05	1,93	24,84
Nariño	13,15	8,07	1,63	43,75
Norte de Santander	21,77	15,63	1,39	30,25
Putumayo	13,98	5,38	2,60	34,82
Quindío	21,07	23,90	0,88	16,04
Risaralda	18,61	20,83	0,89	16,64
Santander	13,47	17,67	0,76	21,85
Sucre	13,61	12,32	1,10	54,93
Tolima	23,02	16,32	1,41	29,79
Valle del Cauca	17,65	22,36	0,79	15,57

Nota. Los departamentos de Arauca, Putumayo, Casanare, Grupo Amazonia y Choco se reconocen como de alto subregistro. CaCU: Cáncer cérvicouterino.

Fuente: Calculado a partir de base de datos de certificados de defunción 2004, 2005 y 2006 del Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia. DANE Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Censo 2005. NBI Colombia. Disponibles en URL: www.dane.gov.co. Censo 2005. REDATAM.

Cuadro 2
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama por entidad federativa según tres grupos de edad. Tasas por cada 100 000 mujeres. Colombia, 2004-2006

DEPARTAMENTO	Cáncer Cuello uterino			Cáncer de Mama		
	15 a 34 años	35 a 64 años	65 años y más	15 a 34 años	35 a 64 años	65 años y más
Grupo Amazonia	7,33	21,13	54,23	0,00	6,67	15,49
Antioquia	1,30	12,98	32,23	0,88	19,39	54,53
Arauca	2,67	14,86	34,68	0,89	17,33	55,49
Archipiélago de San Andrés	0,00	13,77	20,53	2,86	24,79	61,58
Atlántico	1,33	14,82	36,43	1,15	22,89	49,80
Bogotá, D.C.	0,94	11,85	35,20	0,81	19,72	57,41
Bolívar	1,49	12,21	35,81	0,96	15,03	46,21
Boyacá	1,04	13,35	30,42	0,52	9,43	28,66
Caldas	2,57	20,18	58,53	0,86	16,58	53,65
Caquetá	1,90	17,74	55,39	0,95	8,87	22,81
Casanare	2,67	18,25	60,33	0,67	11,86	10,97
Cauca	2,10	14,94	49,89	0,32	10,76	23,03
Cesar	1,30	16,42	41,59	0,65	10,27	22,39
Chocó	0,00	7,93	24,70	1,74	5,05	8,23
Córdoba	0,96	15,58	22,46	0,41	8,56	16,26
Cundinamarca	1,10	13,63	33,29	0,46	13,91	42,30
Huila	1,03	18,83	61,33	0,62	19,79	33,27
La Guajira	1,13	12,74	26,76	0,28	9,45	13,38
Magdalena	1,43	15,33	32,97	1,43	15,33	37,23
Meta	1,49	27,45	80,38	0,75	16,17	31,82
Nariño	0,90	13,57	35,26	0,26	9,26	19,45
Norte de Santander	1,92	23,19	55,57	1,28	17,16	37,59
Putumayo	1,26	11,25	66,23	0,63	4,09	25,47
Quindío	4,42	19,60	49,14	1,61	23,52	61,43
Risaralda	2,04	19,93	40,81	0,91	22,52	50,53
Santander	1,12	14,12	32,80	0,71	17,27	50,73
Sucre	0,81	14,53	37,01	0,27	12,92	35,63
Tolima	2,59	25,36	44,49	0,49	18,46	33,99
Valle del Cauca	1,89	18,10	44,10	1,47	24,19	54,25

Nota. Los departamentos de Arauca, Putumayo, Casanare, Grupo Amazonia y Choco se reconocen como de alto subregistro.

Fuente: Calculado a partir de base de datos de certificados de defunción 2004, 2005 y 2006 del Departamento Nacional de Estadística de Colombia DANE. 2008. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Censo 2005. Disponibles en URL: www.dane.gov.co.

Cuadro 3
Distribución porcentual de algunas características sociodemográficas y condición de derechohabiencia de las mujeres fallecidas por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama. Colombia, 2004-2006

	Cáncer Cérvicouterino	Cáncer de Mama
Grupos de Edad		
15-24	0,52	0,24
25-34	5,58	3,01
35-44	16,27	12,23
45-54	23,35	24,19
55-64	20,34	24,96
65-y más	33,88	34,46
Nivel Educativo		
Ninguno o algún grado de Básica Primaria.	66	51,42
Algún grado de Secundaria	15	26,3
Algún grado de Universidad	2	9
Sin Información	17	13,3
Estado Civil		
Soltera	15,17	19,58
Alguna vez unida	79,04	75,24
Sin Información	5,77	5,1
Seguridad Social		
Contributivo	27,77	53,65
Subsidiado	44,92	27,11
Vinculado	21,07	12,33
Sin Información	1,45	1,3

Notas: Lo que resta para sumar el 100% en cada variable corresponde a los casos no especificados.

Fuente: Calculado a partir de bases de datos de Mortalidad 2004, 2005 y 2006del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia DANE. 2008.

Cuadro 4
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama e índice de marginación por entidad federativa. Tasas por cada 100 000 mujeres de 25 años o más. México, 2004-2006

	TM Cáncer Cérvicouterino	TM Cáncer de Mama	Razón TM Ca CU / TM Ca Mama	Índice de marginación 2005
Aguascalientes	13,03	15,43	0,84	-0,95
Baja California	12,09	15,68	0,77	-1,25
Baja California Sur	13,29	18,34	0,72	-0,72
Campeche	18,13	13,82	1,31	0,56
Coahuila	14,62	16,64	0,88	-1,14
Colima	20,70	19,80	1,05	-0,74
Chiapas	23,46	13,63	1,72	2,33
Chihuahua	13,93	18,77	0,74	-0,68
Distrito Federal	12,34	18,59	0,66	-1,50
Durango	13,01	13,28	0,98	-0,02
Guanajuato	11,90	13,50	0,88	0,09
Guerrero	18,63	12,69	1,47	2,41
Hidalgo	14,15	12,89	1,10	0,75
Jalisco	13,99	18,83	0,74	-0,77
México	13,73	14,17	0,97	-0,62
Michoacán	18,11	14,06	1,29	0,46
Morelos	21,36	17,99	1,19	-0,44
Nayarit	18,82	18,27	1,03	0,19
Nuevo León	10,91	17,17	0,64	-1,33
Oaxaca	21,40	12,27	1,74	2,13
Puebla	17,53	13,03	1,35	0,63
Querétaro	11,97	15,01	0,80	-0,14
Quintana Roo	13,41	6,13	2,19	-0,32
San Luis Potosí	18,09	12,96	1,40	0,66
Sinaloa	14,48	16,43	0,88	-0,15
Sonora	16,27	20,22	0,80	-0,75
Tabasco	17,06	13,56	1,26	0,46
Tamaulipas	16,41	19,46	0,84	-0,68
Tlaxcala	14,46	11,72	1,23	-0,13
Veracruz	21,48	16,10	1,33	1,08
Yucatán	19,74	13,63	1,45	0,43
Zacatecas	16,15	13,94	1,16	0,16
EUM	15,69	15,55	1,01	

Fuentes: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/ index.html.
Partida, V., 2006. México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: http://www.conapo.gob.mx/00cifras/ 5.htm.
Conapo, 2006. Índices de marginación, 2005. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm

Cuadro 5
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama por entidad federativa según tres grupos de edad. Tasas por cada 100 000 mujeres. México, 2004-2006

Entidad federativa	Cáncer cérvicouterino			Cáncer de mama		
	De 15 a 34 años	De 35 a 64 años	65 años o más	De 15 a 34 años	De 35 a 64 años	65 años o más
Aguascalientes	0,68	13,90	48,50	0,51	19,14	44,67
Baja California	1,05	14,24	41,75	1,18	18,23	57,19
Baja California Sur	1,46	12,91	62,35	2,19	16,74	91,89
Campeche	1,64	19,20	66,09	1,17	14,65	50,98
Coahuila	1,43	15,19	50,74	1,43	18,21	53,79
Colima	2,26	20,37	71,75	1,94	23,57	49,20
Chiapas	1,97	26,93	80,17	1,17	16,56	42,23
Chihuahua	1,13	15,46	41,75	0,83	22,23	53,24
Distrito Federal	0,69	12,01	39,67	1,00	18,84	56,63
Durango	1,25	14,33	35,54	0,75	15,75	34,03
Guanajuato	0,86	11,15	45,33	1,01	14,78	41,05
Guerrero	1,03	17,44	62,54	1,09	13,79	32,30
Hidalgo	0,61	15,25	44,49	0,61	14,76	36,06
Jalisco	0,79	13,98	49,21	0,89	21,13	55,75
México	0,83	15,98	47,71	0,83	16,99	45,71
Michoacán	0,50	16,64	64,35	0,45	15,15	40,43
Morelos	0,92	20,47	75,44	0,80	19,38	53,00
Nayarit	1,60	17,77	61,42	0,40	19,72	54,84
Nuevo León	1,06	10,92	40,23	1,19	19,40	53,36
Oaxaca	1,01	19,81	69,96	0,90	13,50	30,06
Puebla	0,74	18,21	58,23	0,74	14,36	38,61
Querétaro	0,54	14,54	38,17	0,65	18,25	47,94
Quintana Roo	0,75	16,41	78,17	0,30	7,48	37,90
San Luis Potosí	1,09	15,90	67,10	0,85	13,12	39,83
Sinaloa	1,17	13,53	53,86	1,24	18,24	47,13
Sonora	1,53	18,62	43,88	1,37	23,66	55,23
Tabasco	1,12	17,49	74,62	0,95	15,35	49,23
Tamaulipas	1,77	18,11	49,78	1,65	22,46	54,80
Tlaxcala	1,48	16,05	46,07	0,98	13,73	33,71
Veracruz	1,36	21,80	66,83	1,10	17,53	44,41
Yucatán	0,90	17,16	80,49	0,60	13,44	49,12
Zacatecas	0,67	16,71	48,48	0,80	16,01	34,22
EUM	1,02	16,19	53,75	0,96	17,40	46,65

Fuentes: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/ index.html. Partida, V., 2006. México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: http://www.conapo. gob.mx/00cifras/5.htm

Cuadro 6.
Distribución porcentual de algunas características sociodemográficas y condición de derechohabiencia de las mujeres fallecidas por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama. México, 2004-2006

Características sociodemográficas	2004		2005		2006	
	Ca Cu	Ca Ma	Ca Cu	Ca Ma	Ca Cu	Ca Ma
Edad						
De 15 a 24 años	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2
De 25 a 34	4,4	4,3	4,3	3,9	4,0	4,2
De 35 a 44	15,0	17,2	14,3	15,9	14,8	15,2
De 45 a 54	21,3	25,7	22,5	25,8	22,5	25,4
De 55 a 64	20,7	21,5	20,3	22,7	20,8	23,1
De 65 años o más	38,3	31,0	38,0	31,4	37,5	31,8
Escolaridad						
Sin escolaridad	28,6	11,1	27,4	10,3	26,6	10,1
Primaria incompleta	33,3	23,4	33,0	22,6	32,2	22,6
Primaria completa	20,8	25,4	21,1	25,6	21,6	25,0
Secundaria incompleta	1,9	2,2	1,8	2,4	1,8	2,3
Secundaria completa	7,2	13,9	7,4	13,2	7,3	14,3
Bachillerato o preparatoria	3,0	8,8	3,4	10,8	3,7	9,0
Profesional	2,7	12,9	3,3	12,4	3,3	13,8
Estado conyugal						
Soltera	13,8	17,8	15,0	17,6	14,7	19,3
Viuda	26,9	19,3	26,2	19,8	26,2	20,3
Divorciada	2,7	3,4	2,5	3,7	3,3	3,6
Unión Libre	11,6	6,1	12,7	6,0	12,3	6,0
Casada	43,6	52,2	42,6	51,5	42,1	49,7
Condición de derechohabiencia						
Ninguna	41,1	27,7	38,5	25,5	31,3	24,8
IMSS	40,4	49,0	38,4	48,5	37,6	47,8
ISSSTE	6,8	10,4	6,6	10,9	6,4	10,3
PEMEX	0,6	1,3	0,7	1,4	0,6	1,5
SEDENA	0,9	0,9	1,1	0,7	0,8	0,4
SECMAR	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3
Otra	2,1	3,4	1,8	3,6	2,6	3,3
Se ignora	6,7	6,2	9,1	7,7	12,5	8,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de casos	4245	4164	4270	4220	4131	4451

Notas: Lo que resta para sumar el 100% en cada variable corresponde a los casos no especificados.
CaCu: Cáncer cérvicouterino. CaMa: Cáncer de mama

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; PEMEX: Servicios médicos para los trabajadores de Petróleos Mexicanos; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SECMAR: Secretaría e Marina; IMSS-Oportunidades: versión actual de un programa de salud para población sin "capacidad contributiva".

Fuente: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. *Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase.* México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html.

Parte IV

LAS UNIONES CONYUGALES. CONTRIBUCIONES PARA SU ESTUDIO INCORPORANDO LA DIMENSIÓN GÉNERO

TIPO DE UNIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA COMPARACIÓN DE MATRIMONIOS Y UNIONES CONSENSUALES EN AMÉRICA LATINA

Teresa Castro Martín[1]
Teresa Martín García[2]
Dolores Puga González[2]

Introducción

La coexistencia de matrimonios y uniones consensuales es uno de los rasgos distintivos del patrón de nupcialidad de Latinoamérica y el Caribe (Quilodrán, 1999; De Vos 2000; Castro Martín, 2002; Fussell y Palloni, 2004). En algunos países como Colombia, la República Dominicana, El Salvador, Honduras, Nicaragua o Panamá, el número de uniones consensuales es incluso superior al de matrimonios formales entre las mujeres en edad reproductiva.

A diferencia de lo que sucede en la mayoría de los países desarrollados, donde la cohabitación sólo ha logrado visibilidad social en las tres últimas décadas, las uniones consensuales han sido un componente esencial del sistema familiar latinoamericano durante siglos. Las uniones consensuales no están circunscritas al periodo de juventud sino que están presentes en todas las edades, un patrón que se aleja del observado en las regiones más desarrolladas, donde la cohabitación normalmente constituye un estadio inicial y transitorio en el proceso de formación familiar. Es más, las uniones consensuales constituyen en Latinoamérica un contexto socialmente aceptado para tener y criar hijos, desdibujando la distinción entre matrimonios *de jure* y *de facto*. No obstante, aunque las uniones consensuales gozan de pleno reconocimiento social, difieren de los matrimonios en cuanto a su estabilidad y garantías legales a largo plazo.

En la mayoría de los países desarrollados, la cohabitación se enmarca dentro del conjunto de transformaciones familiares ligadas a la se-

gunda transición demográfica (van de Kaa, 1987). Se interpreta como un signo de autonomía de la mujer y como un reflejo del rechazo ideológico a la injerencia institucional en la esfera privada. Sin embargo, en numerosas sociedades latinoamericanas, la formación de una unión consensual probablemente esté más relacionada con tradiciones culturales y consideraciones de índole económica que con un rechazo deliberado a la injerencia del Estado o la Iglesia en la esfera familiar. La mayor prevalencia de uniones consensuales entre los estratos sociales más desfavorecidos sugiere que el tipo de unión no siempre responde a las preferencias de la mujer, sino que esta elección está fuertemente condicionada por factores económicos y sociales. Algunos estudios cualitativos sugieren que muchas mujeres expresan una preferencia por el matrimonio, en función de su mayor compromiso simbólico de continuidad, su mayor estabilidad y unas obligaciones hacia los hijos más claramente definidas en caso de ruptura, independientemente de que opten por formar una unión consensual (Greene,1991).

Diversos estudios realizados en Estados Unidos y Europa muestran que las parejas que cohabitan son más igualitarias en sus actitudes acerca de los roles de género y tienden a adoptar un reparto más equilibrado de las responsabilidades familiares que las parejas casadas (Clarkberg et al., 1995; Batalova y Cohen, 2002; Baxter, 2005). La explicación dominante es que, al estar la cohabitación menos institucionalizada, las parejas se rigen por normas y expectativas más flexibles, por lo que se sienten más libres a la hora de negociar los roles de género con su pareja sobre una base igualitaria (Cunningham, 2005). Sin embargo, otros estudios revelan que las parejas que cohabitan son menos positivas a la hora de evaluar la calidad de su relación que las parejas casadas (Brown y Booth, 1996). Asimismo, también se han documentado mayores tasas de violencia de género en uniones consensuales que en matrimonios para algunos países (Brownridge, 2004).

Las investigaciones sobre las interrelaciones entre tipo de unión y equidad de género o calidad de convivencia en América Latina son escasas. Hay algún indicio de que las uniones consensuales pueden ser más desfavorables para la mujer a medio y largo plazo, a causa de la vaga definición de responsabilidades del cónyuge y la fragilidad del soporte financiero en caso de ruptura. Sin embargo, no existen estudios concluyentes que establezcan si el bienestar de la mujer y su estatus dentro de la pareja, son superiores en uniones formales o informales. En este estudio nos centraremos en la violencia de género[3] como un indicador crucial de equidad de género y de calidad de convivencia. Nuestro objetivo central es comparar la exposición a la violencia conyugal de las mujeres en matrimonios y uniones consensuales dentro del contexto latinoamericano. La violencia de género supone la manifestación más cruda de la subordinación de la mujer dentro de la pareja, la familia y la sociedad. No sólo

constituye una amenaza directa a la salud de la mujer –incluida su salud sexual y reproductiva (Kishor y Jonson, 2006) – y a su calidad de vida, sino que tiene obvias secuelas adversas para su bienestar emocional y dignidad (Heise et al., 1999; Campbell, 2002; Ellsberg et al., 2008), así como para el bienestar de sus hijos (Asling-Monemi et al, 2003).

Estudios anteriores han documentado la elevada prevalencia de la violencia de género en numerosos países (Heise y Garcia-Moreno, 2002; Kishor y Kiersten, 2004), y han identificado múltiples factores de riesgo y consecuencias nocivas (García-Moreno et al, 2005). La mayoría de estos estudios no diferencian entre uniones matrimoniales y consensuales, por lo que no permiten evaluar si el tipo de unión conyugal es un factor que condiciona la exposición a la violencia. Existen, sin embargo, algunas investigaciones que apuntan a que las mujeres en uniones informales tiene una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia conyugal que las mujeres casadas (Brownridge y Halli, 2000; Johnson y Ferraro, 2000; Brown y Bulanda, 2008). Aunque la mayoría de estos estudios se han centrado en países desarrollados, hay indicios de que en América Latina también se observa este patrón (McQuestion, 2003; Flake, 2005). El objetivo de este estudio es verificar si, en el contexto latinoamericano, el tipo de unión conyugal condiciona efectivamente la exposición de las mujeres a la violencia psicológica, física y sexual.

La estructura del artículo es la siguiente. En primer lugar, se documenta la prevalencia actual, la evolución y los patrones por edad de las uniones consensuales en todos los países latinoamericanos, con el fin de conocer la posición que ocupan las uniones informales dentro del régimen de nupcialidad de la región. En segundo lugar, se explora, a nivel de países, la asociación entre la prevalencia de uniones consensuales y el índice de desarrollo relativo al género (IDG) y, a nivel individual, los vínculos entre tipo de unión y status de la mujer –a través de indicadores como el nivel educativo, la actividad laboral o el nivel socio-económico del hogar. En tercer lugar, se compara la exposición a la violencia de género de las mujeres en matrimonios formales y las uniones consensuales en Colombia, Nicaragua, Perú y la República Dominicana.

Datos y metodología

Para documentar la prevalencia actual de las uniones consensuales en todos los países latinoamericanos, utilizamos los datos más recientes de censos y encuestas representativas a nivel nacional (Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas de Salud Reproductiva). Para ilustrar la evolución temporal, empleamos un conjunto amplio de fuentes desde 1970 hasta nuestros días. La parte analítica del estudio, dedicada al contexto conyugal de la violencia de género, se centra en cuatro países latinoamericanos que cuentan con encuestas de Demografía y Salud recien-

tes y que han implementado el Módulo de Violencia Doméstica: Colombia 2005, Nicaragua 1997/98, Perú 2000 y la República Dominicana 2002.

Es necesario subrayar algunas de las limitaciones que supone utilizar datos de encuesta para explorar el problema de la violencia género. La limitación principal es que los datos transversales sólo nos proporcionan información sobre factores de riesgo asociados a la violencia conyugal, pero es difícil establecer relaciones causales. En segundo lugar, es posible que muchas mujeres no quieran reconocerse como víctimas de violencia y que, por tanto, las estimaciones sobre prevalencia de violencia doméstica estén infravaloradas. Durante mucho tiempo, la violencia contra la mujer ha permanecido oculta por una cultura del silencio y, en la actualidad, muchas mujeres tienden a minimizar los episodios de violencia debido a sentimientos de vergüenza, auto-culpa o miedo. Sin embargo, conviene señalar que el trabajo de campo intentó maximizar la validez y fiabilidad de los datos recogidos, siguiendo las directrices internacionales de investigación en violencia de género (Ellsberg et al., 2001, WHO 2001).

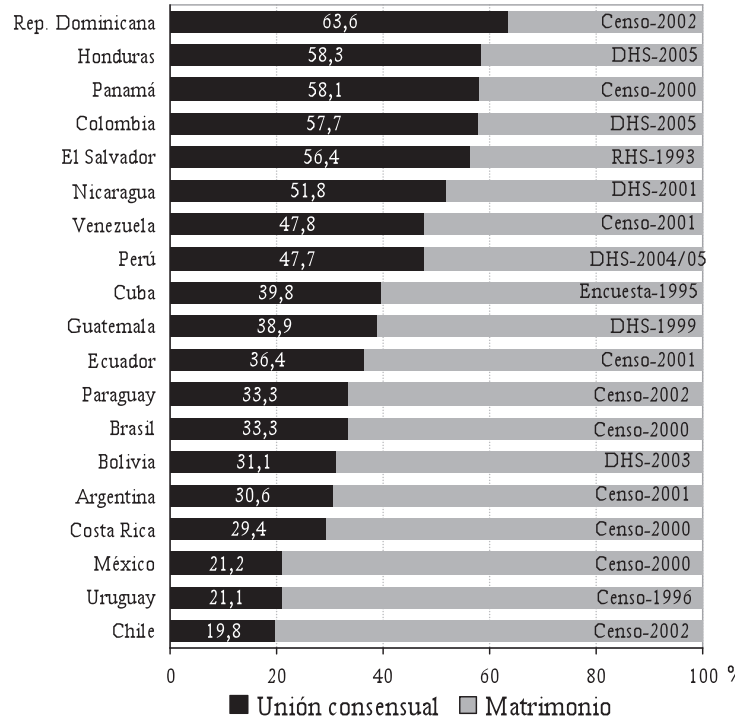
En el plano metodológico, la comparación de mujeres en uniones formales e informales en función de su experiencia de violencia de género se hará en un contexto multivariable, utilizando modelos de regresión logística, y controlando por las características sociodemográficas y socioeconómicas de las mujeres y sus cónyuges, la duración de la unión y la presencia de hijos. La variable dependiente se categoriza como 1 si la mujer declara haber sufrido violencia emocional, física o sexual alguna vez de manos de su actual pareja, y 0 en caso contrario. Para facilitar la interpretación de los resultados, las tablas presentan las razones de probabilidad (*odds ratios*), en lugar de los coeficientes logit. Las razones de probabilidad superiores a 1 indican un riesgo más elevado de sufrir agresión en relación a la categoría de referencia.

Prevalencia, evolución y patrones por edad de las uniones consensuales

El Gráfico 1 muestra el peso relativo de las uniones consensuales dentro del conjunto de uniones conyugales de las mujeres en edad reproductiva en América Latina, según la fuente de datos más reciente –censo o encuesta–.[4] Aunque en todos los países latinoamericanos coexisten los matrimonios formales y las uniones consensuales, el peso de estas últimas varía considerablemente: del 20% en Chile al 64% en la República Dominicana, una variabilidad que refleja la compleja influencia de factores históricos, socioeconómicos y de índole cultural. En al menos 6 países –República Dominicana, Honduras, Panamá, Colombia, el Salvador y Nicaragua–, la proporción de uniones consensuales sobrepasa a la de uniones matrimoniales, reflejando una cuasi-institucionalización del sistema dual de nupcialidad. La presencia de las uniones consensuales es algo menor,

pero todavía elevada, en Venezuela, Perú, Cuba y Guatemala, donde éstas representan alrededor del 40-50 por ciento del total de uniones. En Ecuador, Paraguay, Brasil, Bolivia, Argentina y Costa Rica, las uniones consensuales son relativamente menos frecuentes, pero aún así constituyen en torno a un tercio del conjunto de uniones conyugales. La prevalencia más baja de uniones informales se observa en México, Uruguay y Chile.

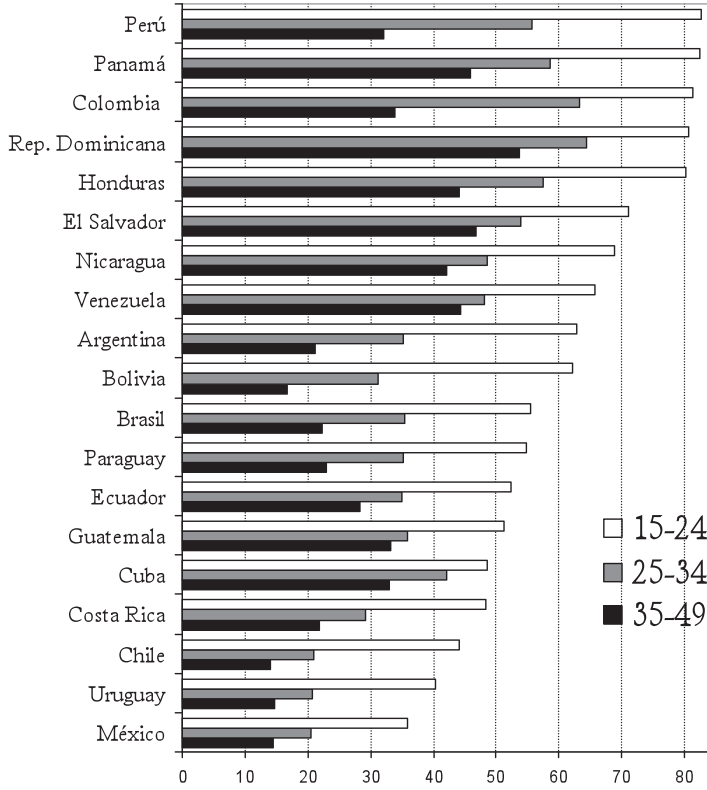
Gráfico 1
Porcentaje de mujeres en unión consensual y en matrimonio. Mujeres unidas 15-49.



En el Gráfico 2 se constata que, en todos los países, el nivel más elevado de uniones consensuales corresponde al grupo de edad más joven. Entre las mujeres menores de 25 años, las uniones consensuales superan a las matrimoniales en 14 de los 19 países analizados. En algunos países, como Perú, Panamá, Colombia, República Dominicana y Honduras, representan más del 80% de las uniones de mujeres jóvenes. La proporción de uniones consensuales disminuye con la edad, pero éstas continúan siendo habituales en los estadios tardíos del ciclo familiar. La proporción de uniones consensuales entre las mujeres de 35 a 49 años supera un tercio del to-

tal de uniones en 9 de los 19 países analizados. Por tanto, no sería adecuado describir este tipo de unión como una modalidad de unión circunscrita al periodo de juventud, ni asumir que el proceso de legalización de uniones es una práctica generalizada. Este patrón por edad difiere del observado en muchas sociedades desarrolladas, donde la cohabitación normalmente constituye un estadio inicial en el proceso de formación familiar, y su presencia disminuye considerablemente a edades avanzadas.

Gráfico 2
Porcentaje de uniones consensuales en el total de uniones, según grupo de edad. Mujeres 15-49



Los Gráficos 3a y 3b ilustran la evolución temporal que han experimentado las uniones consensuales desde 1970 hasta el presente. Se observan varias tendencias: por una parte, una tendencia a la estabilización o al aumento ligero en aquellos países centroamericanos o del Caribe donde la prevalencia de uniones consensuales era ya elevada en los años

70s, y por otra parte, una tendencia bastante marcada al alza en aquellos países donde la prevalencia de uniones consensuales era baja o moderada hace 3 décadas. Únicamente en un país, Guatemala, el peso relativo de las uniones consensuales ha experimentado una reducción significativa –del 54% a principios de los 70s al 39% a finales de los 90s. Entre los países que han experimentado un mayor aumento del peso relativo de las uniones de hecho se encuentra Colombia: éstas han pasado de representar el 20% de las uniones en 1973 a representar el 58% en 2005.

Gráfico 3a
Evolución del porcentaje de uniones consensuales entre el total de uniones.
América Central y Caribe, mujeres 15-49.

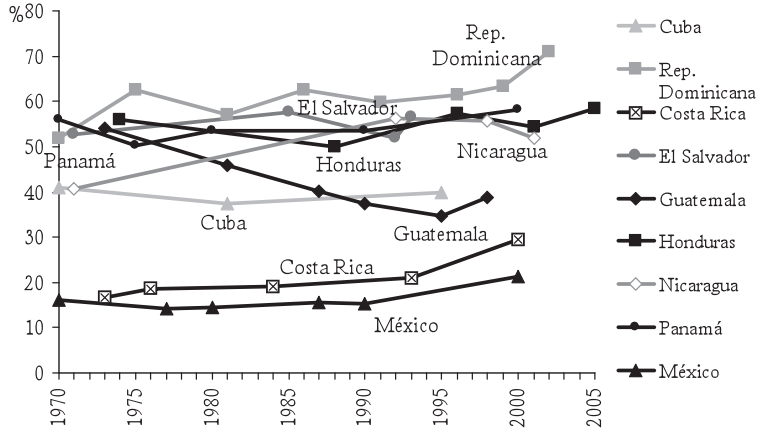
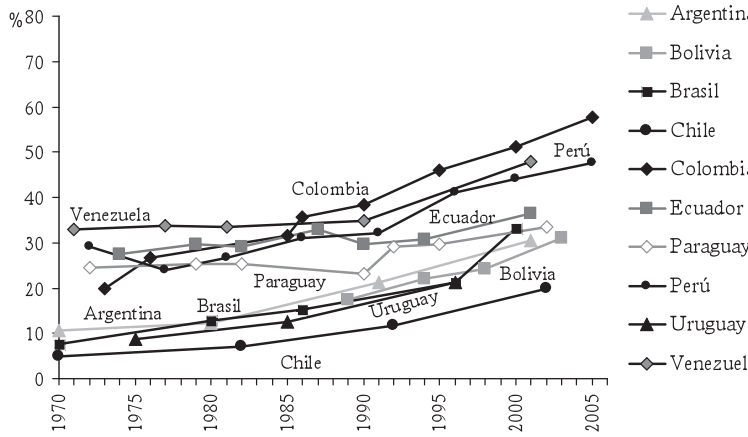


Gráfico 3b
Evolución del porcentaje de uniones consensuales entre el total de uniones. América del Sur, mujeres 15-49.



Perfil de las mujeres en uniones matrimoniales y consensuales

La Tabla 1 compara el perfil socioeconómico, demográfico y reproductivo de las mujeres en uniones matrimoniales y consensuales en los cuatro países en los que centraremos nuestro análisis: la República Dominicana, Colombia, Nicaragua y Perú. En todos ellos, las uniones consensuales tienen una gran presencia social –representan del 48% al 71% del total de uniones.

En relación al perfil socioeconómico, los indicadores de la Tabla 1 confirman lo que varios estudios previos ya habían documentado: las uniones consensuales son más frecuentes entre los estratos sociales más desfavorecidos. En los cuatro países, las mujeres que forman parte de una unión consensual tienen un nivel educativo inferior al de las mujeres unidas legalmente. El promedio de años de escolarización de sus cónyuges también es menor, y su nivel socioeconómico –medido a través de los quintiles de riqueza– es sensiblemente inferior. Asimismo, las uniones consensuales son menos frecuentes en entornos urbanos y en estratos ocupacionales profesionales.

En cuanto a su perfil demográfico, los indicadores de la Tabla 1 reflejan que las mujeres en unión consensual son en promedio más jóvenes, y han realizado muchas de las transiciones a la vida adulta –iniciación sexual, primera unión y primer hijo– a una edad más temprana que las mujeres casadas. Asimismo, otro rasgo distintivo de las mujeres en unión consensual es que una proporción considerable de ellas no está en su pri-

mera unión –por ejemplo, el 38% en Nicaragua y el 43% en la República Dominicana. Este rasgo está probablemente asociado a una mayor inestabilidad de las uniones consensuales, y a la reticencia a entrar en un nuevo matrimonio después de una ruptura conyugal. Los indicadores de la Tabla 1 también nos revelan que el grado de heterogamia –con respecto a la edad y a la educación de los cónyuges– es superior en las uniones consensuales que en las matrimoniales.

Tabla 1

Comparación de las características socioeconómicas, demográficas y reproductivas de las mujeres de edades 15-49 en uniones matrimoniales y consensuales.

	Rep. Dominicana (2002)		Colombia (2005)		Nicaragua (1997/98)		Peru (2004-2005)	
	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual
% del total de uniones	*29.0*	*71.0*	*42.3*	*57.7*	*44.1*	*55.9*	*52.3*	*47.7*
Perfil socio-económico								
promedio años de educación	10.7	6.8	8.7	7.3	6.3	4.8	9.0	8.0
promedio años de educación del cónyuge	10.5	6.9	8.2	7.2	6.4	5.1	10.2	9.4
% estudios universitarios	34.1	6.6	22.1	9.8	8.1	2.4	29.6	15.7
% en los 2 quintiles inferiores de riqueza	17.0	46.5	29.1	45.7	32.0	42.2	31.1	42.1
% en quintil superior de riqueza	41.4	11.4	30.4	12.1	29.1	14.9	26.6	10.8
% trabajó en los últimos 12 meses	56.7	44.0	62.3	60.4	42.2	41.6	75.2	71.5
% ocupación profesional	19.9	3.9	9.4	3.2	10.9	5.4	13.0	4.9
% cónyuge ocupación profesional	25.9	5.8	10.9	5.4	17.9	10.5	18.7	8.7
% rural	27.8	37.6	25.1	28.6	37.8	41.7	33.7	40.1
Perfil demográfico								
promedio edad actual	35.7	30.9	36.8	31.4	32.8	29.0	37.5	31.1
% iniciación sexual < 16 años	13.9	38.1	16.1	34.9	23.1	39.1	16.6	26.2
promedio edad 1ª unión	20.6	17.3	21.1	19.6	18.3	16.7	21.1	19.8
promedio edad 1er hijo	22.0	19.0	21.8	19.9	19.5	18.2	21.8	20.1
% tuvo 1er hijo fuera de unión	2.9	4.0	12.3	20.1	5.5	5.4	10.5	19.8
% en 2ª+ unión	16.7	43.0	4.9	27.4	13.5	38.0	3.5	14.3
Características de la unión								
duración media de la unión (entre 1ss uniones)	13.6	10.6	15.1	9.4	13.5	9.7	15.8	9.7
cónyuge es 10+ años mayor	19.3	23.4	14.8	21.0	15.5	19.5	11.1	15.9
cónyuge tiene mayor nivel educativo	18.8	19.4	14.5	18.0	21.2	23.7	28.3	29.0
Comportamiento reproductivo								
% sin hijos	7.4	8.5	5.8	8.7	7.0	9.3	3.2	6.2
promedio nº de hijos	2.7	2.9	2.6	2.5	3.7	3.3	3.4	2.7
tuvo un hijo el año anterior	8.7	15.2	7.0	13.4	12.8	19.2	8.6	16.6
promedio nº ideal de hijos	3.4	3.3	2.5	2.4	3.2	2.9	2.7	2.6
desea un hijo en próximos 2 años	12.0	12.0	9.4	10.1	11.4	10.4	10.8	9.4
N	3779	10725	7727	12360	3576	4590	3661	3573

Nota: Los países están ordenados de mayor a menor prevalencia de uniones consensuales. Los porcentajes están ponderados para ser representativos a nivel nacional.

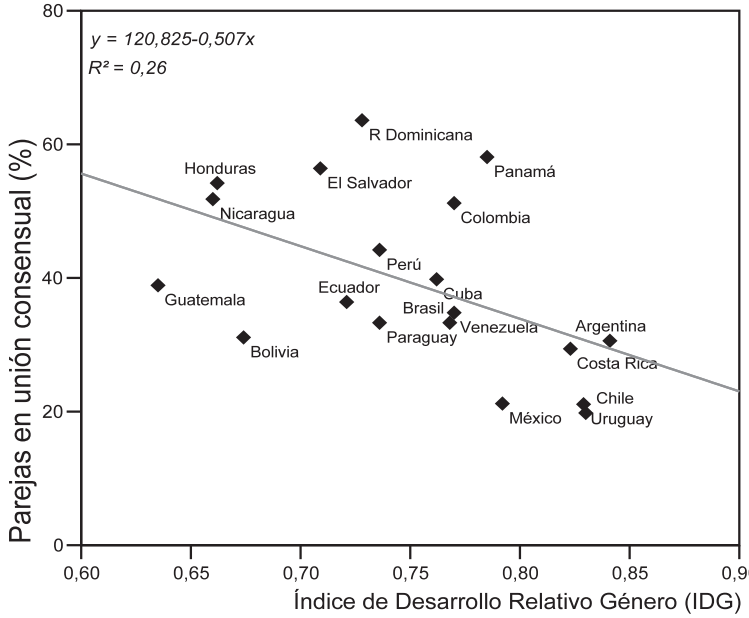
Las diferencias en comportamiento reproductivo según tipo de unión, en cambio, son relativamente pequeñas, según los indicadores de la Tabla 1. La mayoría de las mujeres unidas han sido madres, independientemente de la modalidad de unión en la que se encuentren. Las diferencias respecto al número de hijos y la fecundidad reciente son en gran parte atribuibles a la estructura de edad, y no se observan tampoco diferencias significativas respecto a las preferencias reproductivas. Por tanto, a diferencia de lo que ocurre en muchos países europeos, el contexto legal de la unión parece no condicionar de forma relevante el comportamiento reproductivo de las mujeres latinoamericanas.

Violencia conyugal en uniones matrimoniales y consensuales

El Gráfico 4 pone de manifiesto que, en el contexto latinoamericano, existe una correlación negativa entre la prevalencia de uniones consensuales y la posición de la mujer en la sociedad, medida a través del índice de desarrollo humano relativo al género (IDG), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Sin embargo, es difícil establecer con certeza relaciones de causalidad a nivel macro, debido al gran número de factores que condicionan las correlaciones observadas, y es importante examinar también relaciones análogas a nivel individual. Por esta razón, exploraremos a continuación los vínculos entre modalidad de unión y violencia intrafamiliar con los microdatos de las encuestas DHS. La violencia doméstica está estrechamente relacionada con otros indicadores de relaciones de género y con el grado de empoderamiento de las mujeres, incluida su participación en las decisiones familiares (Gage, 2005). Asimismo, las consecuencias y secuelas de la violencia intrafamiliar afectan la salud, el equilibrio emocional y la dignidad de la mujer, al tiempo que ponen en riesgo su calidad de vida.

Dado que varios estudios han documentado, para países desarrollados, que las mujeres en uniones informales sufren mayores niveles de violencia por parte de sus parejas que las mujeres casadas, en esta sección trataremos de dilucidar si el tipo de unión efectivamente condiciona la exposición a la violencia conyugal en el contexto latinoamericano.

Gráfico 4
Rlación entre parejas en unión consensual e Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG)



La Tabla 2 compara las mujeres en uniones matrimoniales y consensuales respecto a la experiencia de maltrato emocional, físico o sexual por parte del cónyuge. Los resultados de la comparación apuntan a que las mujeres en uniones consensuales se encuentran en una situación más desfavorable y vulnerable. En los cuatro países analizados, las mujeres en uniones informales han sufrido episodios de violencia emocional, física y sexual con mayor frecuencia que las mujeres casadas. Por ejemplo, el 36.8% de las mujeres nicaragüenses en unión consensual ha sufrido algún tipo de violencia conyugal frente al 25.8% de las mujeres casadas. En todos los países examinados, la modalidad de violencia más frecuente es la agresión física, seguida de la violencia psicológica y, por último, la violencia sexual.

Tabla 2
Comparación de mujeres en uniones matrimoniales y consensuales respecto de la experiencia de violencia conyugal

	Rep. Dominicana (2002)		Colombia (2005)		Nicaragua (1997/98)		Perú (2004-2005)	
	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual	Matrimonio	Unión consensual
Violencia emocional	11.9	15.6	22.1	28.9	21.9	31.0	26.0	31.5
Violencia física leve/moderada	8.5	17.1	30.1	35.3	19.8	30.8	35.1	39.6
Violencia física severa	2.4	5.5	5.8	7.8	6.7	13.0	3.4	4.4
Violencia sexual	3.6	5.8	7.6	8.8	6.1	11.2	7.8	8.0
Algún tipo de violencia	15.8	23.4	37.9	44.6	25.8	36.8	42.1	47.2
N	*1549*	*4493*	*7530*	*12127*	*3150*	*3737*	*2911*	*2912*

Nota: Los países están ordenados de mayor a menor prevalencia de uniones consensuales. Los porcentajes están ponderados para ser representativos a nivel nacional.

La Tabla 3 presenta el efecto del tipo de unión sobre la probabilidad de experimentar cualquier tipo de violencia conyugal –física, psicológica o sexual–, según las estimaciones de un modelo de regresión logística que controla por múltiples variables demográficas y socioeconómicas, así como por características de la unión. Los resultados de este modelo confirman que las mujeres unidas consensualmente sufren mayores niveles de violencia por parte de sus parejas que las mujeres casadas. En concreto, la probabilidad de experimentar algún tipo de violencia es 25% superior entre las mujeres en unión consensual en la República Dominicana, 31% superior en Colombia, 34% en Nicaragua y 23% en Perú, respecto a las mujeres casadas. Por consiguiente, los resultados de este análisis sugieren que la informalidad de la unión debe de incluirse entre los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia conyugal.

Ciertamente, el tipo de unión no es el único factor que repercute en la violencia de género. La literatura científica ha identificado numerosos factores de riesgo asociados a la violencia doméstica, tanto en países desarrollados como en desarrollo (Kishor y Jonson, 2004). Algunos de estos factores están incluidos como variables de control en los modelos de la Tabla 3 y los discutiremos a continuación.

Contrariamente a nuestras expectativas, el nivel de educación de la mujer –o de su pareja– no tiene un impacto estadísticamente significativo en la experiencia de violencia conyugal, en ninguno de los países examinados. Aunque hay evidencia concluyente de que la educación consti-

tuye un catalizador de empoderamiento para las mujeres (Castro Martín y Juárez, 1995) y podemos asumir que las mujeres más educadas cuentan con mayores recursos –tanto económicos como sociales– que les permitan abandonar una unión insatisfactoria, los resultados de este modelo sugieren que la educación no impide la violencia intrafamiliar.

Tabla 3
Razones de probabilidad (odds ratios) de experimentar cualquier tipo de violencia conyugal (emocional, física o sexual)

	Rep. Dominicana (2002)	Colombia (2005)	Nicaragua (1997/98)	Perú (2004-2005)
Tipo de unión				
(matrimonio)	1.00	1.00	1.00	1.00
unión consensual	1.25 *	1.31 ***	1.34 ***	1.23 ***
Características socioeconómicas				!
Quintil de riqueza (más bajo)	1.00	1.00	1.00	1.00
bajo	1.08	1.12 *	1.03	1.12
medio	0.93	1.03	1.07	1.05
alto	0.91	0.89 †	1.09	0.88
más alto	0.87	0.89 †	1.06	0.55 ***
Estudios (ninguno)	1.00	1.00	1.00	1.00
primarios	1.28	1.27 *	1.07	1.28
secundarios	1.28	1.31	1.14	2.05 *
superiores	1.39	1.32	1.14	2.60 †
Estudios del cónyuge (ninguno)	1.00	1.00	1.00	1.00
primarios	1.10	1.13	0.92	0.97
secundarios	0.91	0.99	0.78	0.81
superiores	0.74	0.71	0.62	0.58
Trabajó en los últimos 12 meses	1.30 ***	1.27 ***	1.39 ***	1.42 ***
El cónyuge tiene ocupación profesional	0.84	0.90	0.81 *	0.88
Residencia urbana	1.21 **	1.24 ***	1.17 *	1.41 ***
Características demográficas				
Edad (15-24)	1.00	1.00	1.00	1.00
25-34	0.84	0.83 ***	0.92	1.02
35-49	0.68 *	0.68 ***	0.84	0.97
En 2ª+ unión	1.18 *	0.87 **	2.27 ***	0.96
Edad a la 1ª unión < 16	1.28 **	1.25 ***	1.20 **	1.13
Nacimiento previo a la 1ª unión	1.36 *	1.17 ***	1.05	1.22 *
Número de hijos (0)	1.00	1.00	1.00	1.00
1-2	1.61 **	2.25 ***	1.37 *	1.93 ***
3-4	2.08 ***	3.16 ***	1.68 ***	2.51 ***
5+	1.64 **	3.39 ***	1.66 ***	2.81 ***

Características de la unión				
Diferencia edad cónyuges (cónyuge 0-10 años	1.00	1.00	1.00	1.00
cónyuge es más joven	1.12	1.06	0.98	1.11
cónyuge es 10+ años mayor	0.87 †	0.95	1.03	0.91
Diferencia educación cónyuges (ninguna)	1.00	1.00	1.00	1.00
cónyuge menos educación	0.97	1.02	0.97	0.83
cónyuge más educación	0.92	1.18 †	1.06	1.48 *
Duración unión (0-9 años)	1.00	1.00	1.00	1.00
10-19 años	1.23 †	1.30 ***	1.20 †	1.30 **
20+ años	1.14	1.37 ***	1.38 *	1.66 ***
N mujeres	6042	19657	6887	5823
-2 log likelihood	6071.550	25856.545	8053.231	7759.452

Nota: Razones de probabilidad derivadas de los coeficientes de regresión logística ($e\beta$). Categorías omitidas entre paréntesis. ***p<.001, **p<.01, † p<.10

El débil efecto del nivel de riqueza del hogar en la experiencia de violencia conyugal también apunta a la presencia generalizada de la violencia doméstica en todas las clases sociales. Solamente en Perú, las mujeres que viven en los hogares que ocupan el quintil más alto de riqueza declaran un nivel de violencia conyugal significativamente inferior al de las mujeres en hogares del quintil más bajo. En el resto de los países, la asociación entre nivel socio-económico del hogar y violencia conyugal no es estadísticamente significativa. En cambio, la residencia en zonas urbanas está asociada a un mayor riesgo de sufrir violencia doméstica que la residencia en zonas rurales, en todos los países examinados. Una explicación plausible es que las comunidades urbanas están men os cohesionadas, son más anónimas y no siempre comprenden redes familiares cercanas que puedan prestar apoyo.

En cuanto a los factores demográficos, el número de hijos es la variable que muestra un efecto más intenso en la probabilidad de experimentar violencia conyugal. Por ejemplo, el riesgo de sufrir violencia es el doble entre las mujeres con 3 ó 4 hijos en la República Dominicana y Perú, y más del triple en Colombia, en comparación con las mujeres sin hijos. Es posible que la mayor dependencia económica de las mujeres con varios hijos con respecto a su pareja, y la falta de alternativas viables de sustento de los hijos, derive en una mayor tolerancia de la violencia.

La biografía familiar –edad temprana a la primera unión, nacimiento previo a la primera unión, haber formado varias uniones– también condiciona la experiencia de violencia conyugal, pero no en todos los países. Por ejemplo, la edad temprana a la primera unión aumenta las probabilidades de sufrir violencia conyugal en la República Dominicana, Colombia y Nicaragua, pero no en Perú. De igual modo, el haber tenido un hijo anterior a la primera unión aumenta las probabilidades de sufrir mal-

trato en la unión actual en la República Dominicana, Colombia y Perú, pero no en Nicaragua. El efecto de haber tenido una unión anterior tampoco es uniforme en todos los países. Con respecto a las características de la unión, los resultados del modelo revelan que la heterogamia entre los cónyuges con respecto a la edad y la educación no está en general asociada a la violencia intrafamiliar.

Conclusiones

Estudios anteriores han aludido al sistema dual de nupcialidad en América Latina, donde coexisten uniones formales e informales, equivalentes en cuanto a su reconocimiento social y sus patrones reproductivos, pero divergentes respecto a su estabilidad, sus obligaciones legales y sus mecanismos de protección (Castro Martín, 2002). Este estudio ha documentado que esta situación persiste en el siglo XXI. Es más, el peso de las uniones consensuales dentro del conjunto de uniones ha aumentado recientemente en prácticamente todos los países, y en particular en aquellos en los que esta modalidad de unión estaba menos extendida.

Con el fin de explorar los vínculos entre tipo de unión y relaciones de género, este estudio comparó la frecuencia de violencia conyugal en matrimonios formales y en uniones consensuales. Los resultados del análisis apuntan a que la posición de la mujer es más desfavorable y la convivencia en pareja más problemática en las uniones consensuales que en las matrimoniales. Después de controlar por la duración de la unión y numerosas características demográficas y socioeconómicas, los resultados del análisis revelan que las mujeres en uniones consensuales tienen un mayor riesgo de sufrir violencia conyugal que las mujeres casadas, en los cuatro países examinados.

Es necesario profundizar más en las causas que subyacen a estas diferencias. Con los datos disponibles no podemos determinar si la mayor frecuencia de violencia conyugal en las uniones consensuales se debe a la falta de control institucional, a normas y valores más ambiguos, a diferentes grados de compromiso y confianza en la relación, o a diferentes sistemas de apoyo familiar y social. En muchos países europeos, la cohabitación se presenta como un signo de autonomía de la mujer y como un contexto más propicio para la equidad de género que el matrimonio tradicional. Esta premisa parece no cumplirse en el contexto latinoamericano, donde la opción consensual probablemente esté más relacionada con tradiciones culturales y consideraciones de índole económica, que con un rechazo deliberado a la asimetría de roles en la esfera familiar. También es posible que las diferencias que observamos en muestras transversales estén afectadas por procesos de selección –las uniones consensuales no violentas tiene más probabilidad de transformarse en matrimonios y las parejas casadas violentas tienen más probabilidades de sepa-

rarse (Kenney y McLanahan, 2006)–. Por tanto, es necesario seguir investigando sobre los mecanismos que subyacen a la elección del tipo de unión, el balance intrafamiliar de poder en diversas modalidades de unión, y los muchos factores que condicionan la calidad de convivencia.

Notas

[1] Instituto de Economía, Geografía y Demografía, CSIC, Madrid, España.

[2] Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC, España.

[3] En este artículo, se utiliza indistintamente "violencia de género", "violencia conyugal", "violencia doméstica", "violencia intrafamiliar" y "violencia contra la mujer".

[4] Como la duración de muchas uniones consensuales es corta –bien porque la pareja se separa o se casa– existe una importante discrepancia entre la prevalencia de la cohabitación medida de forma transversal y longitudinal. En otras palabras, la proporción de adultos que está cohabitando en un momento determinado suele ser significativamente menor que la proporción de adultos que ha cohabitado alguna vez en su vida. Dado que muchas de las fuentes de datos utilizadas en esta sección son transversales, nos limitaremos a medir la prevalencia actual de las uniones consensuales.

Bibliografía

ASLING-MONEMI, K., R. Pena, M.C. Ellsberg and L.A. Persson (2003). Violence against women increases the risk of infant and child mortality: A case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (1): 10-18.

BATALOVA, J. and P.N. Cohen (2002). Premarital cohabitation and housework: Couples in cross-national perspective. *Journal of Marriage and the Family* 64 (3):129-144.

BAXTER, J. (2005). To marry or not to marry: Marital status and the household division of labour. *Journal of Family Issues* 26 (3): 300-321.

BROWN, S.L. and A. Booth (1996). Cohabitation versus marriage: A comparison of relationship quality. *Journal of Marriage and Family* 58:668–78.

BROWN, S.L. and J.R. Bulanda (2008). Relationship violence in young adulthood: A comparison of daters, cohabitors and marrieds. *Social Science Research* 37: 73-87.

BROWNRIDGE, D.A. (2004). Understanding women's heightened risk of violence in common-law unions: Revisiting the selection and relationship hypotheses. *Violence Against Women* 10 (6): 626-651.

BROWNRIDGE, D.A., and S.S. Halli (2000). "Living in sin" and sinful living: Toward filling a gap in the explanation of violence against women. *Agression and Violent Behavior* 5 (6): 565–583.

CAMPBELL, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359: 1331-1336.

CASTRO MARTÍN, T. (2002). Consensual unions in Latin America: Persistence of a dual nuptiality system. *Journal of Comparative Family Studies* 33: 35-55.

CASTRO MARTÍN, T. and F. Juárez (1995). The impact of women's education on fertility in Latin America: Searching for explanations. *International Family Planning Perspectives* 21 (2): 52-57.

CLARKBERG, M., R.M. Stolzenberg and L.J. Waite (1995). Attitudes, values, and entrance into cohabitational versus marital unions. *Social Forces* 74(2): 609-634.

CUNNINGHAM, M. (2005). Gender in cohabitation and marriage: The influence of gender ideology on housework allocation over the life course. *Journal of Famiy Issues* 26 (8): 1037-1061.

DE VOS, S. (2000). Nuptiality in Latin America. In S.L. Browning and R.R. Miller (Eds.), *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*. Stamford, CT: JAI Press. Pp. 219-243.

ELLSBERG, M.C., L. Heise, R. Pena, S. Agurto and A. Winkvist (2001). Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning* 32 (1): 1-16.

ELLSBERG, M., H. Jansen, L. Heise, C. Watts and C. García-Moreno (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multicountry study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet* 371.

FLAKE, D.F. (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women* 11 (3): 353-373.

FUSSELL, E. and A. Palloni (2004). Persistent marriage regimes in changing times. *Journal of Marriage and the Family* 66:1201-1213.

GAGE, A. J. (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science & Medicine* 61: 343–364.

GARCÍA, B. y de Oliveira, O. (2007). Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada. En Gutiérrez, María Alicia (Comp.), *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

GARCÍA-MORENO, C., H. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise and C. Watts (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Geneva: World Health Organization.

GREENE, M. E. (1991). The Importance of Being Married: Marriage Choice and Its Consequences in Brazil. Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania.

HEISE, L., M. Ellsberg and M. Gottemoeller (1999). Ending violence against women. Population Reports, Vol. 27, No. 4, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

HEISE, L. and C. Garcia-Moreno (2002). Violence by intimate partners. In Krug, E. et al. (Eds.), *World Report on Violence and Health.* Geneva: World Health Organization, pp. 87–121.

JOHNSON, M.P.and K.J. Ferraro (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family* 62: 948-963.

KENNEY, C. and S. McLanahan (2006). Why are cohabiting relationships more violent than marriages? *Demography* 43 (1): 127-140.

KISHOR, S. and K. Johnson (2004). *Profiling Domestic Violence: A Multicountry Study.* Calverton, Maryland: ORC Macro.

KISHOR, S. and K. Johnson (2006). Reproductive health and domestic violence: Are the poorest women uniquely disadvantaged? *Demography* 43 (2): 293–307.

MCQUESTION, M. J. (2003). Endogenous social effects on intimate partner violence in Colombia. *Social Science Research* 32: 335–345.

QUILODRÁN, J. (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers Québecois de Démographie* 28 (1-2): 53-80.

VAN DE KAA, D. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin* 42 (1).

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (2001). Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women. Geneva: World Health Organization.

LA DISOCIACIÓN ENTRE EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y LA UNIÓN CONYUGAL EN MÉXICO: DOS APROXIMACIONES METODOLÓGICAS

Adriana Pérez Amador

Antecedentes

En los países que han completado su transición demográfica, es decir, que han "evolucionado desde niveles altos de fecundidad y mortalidad a una situación de bajos niveles en tales variables" (Chackiel y Martínez, 1993), se están dando algunas transformaciones en el ámbito de la familia. Entre ellas se encuentran cambios en la formación de parejas conyugales; el reemplazo del matrimonio por modalidades menos formales de convivencia conyugal; el aumento de nacimientos fuera del matrimonio; así como las disoluciones y segundas nupcias (Quilodrán, 2000). Esta situación ha dado origen a diversas investigaciones demográficas acerca de nuevas pautas de comportamiento de la población, sobre todo con respecto a la familia y el matrimonio. Algunas de estas nuevas pautas han sido consideradas como elementos de una segunda transición demográfica.

Originalmente, la noción de transición demográfica ha servido como marco de referencia para el análisis de los cambios en los niveles de mortalidad y fecundidad de la población (Juárez, et al, 1996). El concepto fue esbozado como un intento teórico que permitiera explicar e interpretar los cambios observados en los componentes del crecimiento natural de la población europea, que se dieron como respuesta a las transformaciones sociales y económicas que trajo la modernización industrial. Este proceso se localiza hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, cuando la población europea creció en forma relativamente rápida.

Los cambios en los niveles de los componentes demográficos se vinculan con cambios económicos, sociales y culturales de gran envergadura. El descenso de la mortalidad se relaciona con una mayor disponibilidad de alimentos, con la adopción de medidas de higiene y salud pública,

y con grandes adelantos médicos. Por su parte, el descenso de la fecundidad se vincula principalmente con cambios en el comportamiento de las parejas europeas.

En términos de Van de Kaa (1997), estos cambios se han explicado, a través de una serie de subnarraciones que han sido enfocadas desde distintas perspectivas y orientaciones disciplinarias. El autor postula que, si bien es probable que todas las variables importantes en el proceso del cambio en la fecundidad hayan sido identificadas, es poco factible que se llegue a una narración única y consolidada, satisfactoria para todos los entornos y todas las épocas (Van de Kaa, 1997).

Un elemento generalmente presente en todas las subnarraciones acerca de la transición demográfica es el cambio social hacia la modernidad. De este modo, la adopción de pautas de comportamiento deliberado con base en la individualización y la racionalización aparecen como factor principal de la transición de la fecundidad tradicional a la moderna. Si bien toda sociedad regula su crecimiento demográfico, en la sociedad tradicional esta regulación se da con base en factores impersonales que tienen que ver con pautas de comportamiento socialmente prescritas, mientras que en la sociedad moderna esta regulación se da con mayor frecuencia con base en decisiones individuales.

En resumen, el proceso de modernización en Europa trajo mejores niveles de vida, nuevos controles de enfermedades y redujo la mortalidad. Pero el proceso de reducción de la fecundidad en el contexto europeo no fue inmediato. La razón por la que la fecundidad no declinó con la misma rapidez que la mortalidad se debe a que lograr que la gente muera menos resulta un proceso universalmente aceptado y casi incuestionable; en cambio, la religión, los códigos morales, las leyes, la educación, las costumbres, los hábitos maritales y la organización familiar habían estado enfocados hacia el mantenimiento de una fecundidad alta, por lo que el descenso posterior de la fecundidad se da a través de un proceso racional y lento. (Notestein, 1945).

La transición demográfica es un proceso complejo y los países difieren en el momento de inicio y en el ritmo con que se dan los cambios. Al interior de los países también hay diferencias en los niveles de mortalidad y fecundidad que se explican por el tipo de localidad de residencia rural o urbana; el estado de salud de la población; el nivel de escolaridad; y algunos comportamientos asociados a la formación de parejas conyugales y a la planificación familiar. La transición demográfica en América Latina está caracterizada por una gran heterogeneidad entre los países de la región, como reflejo de niveles de desarrollo desiguales. Con base en los criterios de terciarización de la economía, urbanización y educación, se ha encontrado que todos los países de la región que se encuentran en una transición demográfica avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado; dos tercios de los países que se encuentran en

plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerado); y la mayoría de los países en transición demográfica moderada y los países en transición incipiente se corresponden con un nivel de modernización también incipiente.

México es ejemplo de una transición demográfica tardía y muy rápida en comparación con las poblaciones europeas donde ésta se inicia. La dinámica demográfica en México tuvo tremendas transformaciones entre 1930 y 1990. La etapa de transición moderada consistió en una importante disminución de la mortalidad que ocurrió alrededor de 30 años antes del descenso de la fecundidad. En los años cuarenta del siglo pasado se logra un pronunciado descenso en los niveles de mortalidad como resultado de los programas en materia de salud que permitieron una mayor cobertura de estos servicios. Durante este periodo, debido al descenso de la mortalidad y a la permanencia de altos niveles de fecundidad, el país observó altas tasas de crecimiento poblacional. Este crecimiento acelerado, que caracterizaba el inicio de la transición demográfica en los países no desarrollados, alcanzó su punto máximo a mediados de los sesenta, cuando México presentó la mayor tasa de crecimiento de la historia ubicándose en 3.4% (Valdés, 2000), de hecho, una de las más altas registradas en el mundo.

En los años setenta se da una nueva transformación de la política gubernamental, anteriormente pronatalista, hacia una que apuntaba a la reducción voluntaria de la fecundidad. Esta nueva política fue plasmada en la creación de la Ley General de Población en 1973 que comienza a implementarse en 1974. La etapa de plena transición demográfica en México, caracterizada por el descenso de la fecundidad, se habría iniciado conforme al esquema clásico de la transición si el proceso no hubiera sido influido por la anticoncepción. En un primer momento, la edad a la primera unión y el orden de nacimientos habrían intervenido como variables determinantes de los cambios en las pautas reproductivas (Juárez, et al, 1996). Sin embargo, la edad a la primera unión ayudó muy poco al descenso de la fecundidad (Quilodrán, 1998) y la anticoncepción se convirtió en la variable intermedia que mejor explicaba este cambio. Así, entre 1979 y 1995 la práctica anticonceptiva destaca como factor más determinante de la disminución de la fecundidad (Welti, 1997 y Gómez de León, 1996). Gracias al uso generalizado de estos métodos, la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo en más de la mitad, de 6.11 en 1974 paso a 2.48 hijos por mujer en 1999, lo que propició que el crecimiento natural de la población disminuyera de 3.2 por ciento a 1.8 por ciento anual (Conapo, 1999). En 1995, junto con la reducción de TGF se produjo un cambio en la estructura por edad de las mujeres que contribuían a la fecundidad. La edad promedio de la fecundidad pasó de 29.2 a 27.4 como resultado de la importante disminución de la fecundidad de las mujeres mayores de 35 años; una gran proporción de dicho cambio se origina por la esterilización, ya que en esas

fechas siete de cada diez mujeres mayores de 35 años y usuarias de métodos anticonceptivos estaban esterilizadas (Welti, 1997).

De acuerdo con Quilodrán (2000), una vez que en México hemos alcanzado bajos niveles de mortalidad y fecundidad, nos encontramos en una etapa avanzada de la transición demográfica. Sin embargo, la heterogeneidad en el proceso que se observó en América Latina, se observa también al interior de nuestro país. La transición de un régimen de fecundidad alto a uno bajo se dio con sus respectivas diferencias según tamaño de localidad y nivel de escolaridad (Quilodrán, 1991). La fecundidad generalmente es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, aunque las divergencias entre ambos contextos han disminuido, pues en 1996 la diferencia entre una área y otra es de1.2 hijos, mientras que tres lustros atrás era de 2.8 hijos (Conapo, 1999). Lo anterior es un ejemplo de cómo en México se dieron dos modelos de transición demográfica: uno identificado con los sectores sociales más beneficiados por el desarrollo económico, la urbanización y el incremento en los niveles de la escolaridad promedio; y otro propio de los sectores más pobres y tradicionales de la sociedad (García y Rojas, 2002). El comportamiento demográfico tradicionalmente ha sido distinto según el contexto urbano o rural. Por lo tanto, es de esperar que en uno y otro sector existan divergencias en la interiorización de los nuevos valores que supone el cambio de régimen demográfico.

Segunda Transición Demográfica

El concepto de una segunda transición demográfica deriva del interés por algunos demógrafos de evidenciar una serie de transformaciones, sobre todo respecto al significado y función de la familia, que en gran medida son consecuencia del régimen demográfico que resulta de la primera transición. Diversas narrativas han intentado explicar los determinantes de la estructura y tamaño de la población en distintos contextos, logrando enriquecer lo que se conoce como Teoría de la transición demográfica. Ahora, a la luz de un nuevo régimen demográfico, se reafirma el interés por estudiar, no solo los determinantes, sino las consecuencias de los cambios experimentados por cada uno de los componentes demográficos.

Como toda transición, la demográfica implicó un continuo rompimiento con el pasado, y a lo largo del tiempo, los cambios penetraron en la conciencia individual, donde coexisten actitudes, ideales y valores pertenecientes a diferentes etapas de la transición (Germani, 1968). Anteriormente vimos que los cambios en la organización social, como el tránsito de una sociedad tradicional a una moderna, afectan a los factores demográficos; ahora veremos cómo los cambios en los factores demográficos, a su vez, provocan nuevamente cambios en la estructura social (Notestein, 1945).

En un contexto de baja mortalidad y fecundidad, de urbanización, de aumento en la esperanza de vida de la población, de importantes incrementos en los niveles de escolaridad, así como de mayor participación femenina en los mercados de trabajo, surgen cambios en las ideas y en la valoración del papel de la familia, la Iglesia y el Estado, y del poder que ejercen sobre los individuos. Si bien ambas transiciones están permeadas por la intervención de los cambios tecnológicos, socioeconómicos y culturales, la segunda transición es, sobre todo, el resultado de un cambio cultural y de las ideas (Van de Kaa, 1997). Esto implicaría tanto la ocurrencia como la tolerancia de nuevos patrones de formación y de interrupción voluntaria de las uniones, así como nuevas formas de convivencia y residencia familiar (García y Rojas, 2002). También implicaría el rompimiento de las secuencias típicas en la sucesión de eventos o transiciones de la juventud a la edad adulta.

El surgimiento de nuevos patrones de formación de uniones y de conformación de las familias, a partir de la década de los sesenta en la mayoría de los países desarrollados, se ha considerado propio de una segunda transición demográfica. En ella, los individuos una vez más están adoptando nuevas pautas de comportamiento pero ahora con respecto a la formación de parejas conyugales y a la estabilidad familiar (Quilodrán, 2003). De acuerdo con Lesthaeghe, los principales rasgos de la segunda transición demográfica son: postergación del matrimonio, incremento de la población que vive sola, aumento de las uniones libres; prolongación del período de residencia con los padres, incremento de la procreación fuera del matrimonio, aumento de la disolución voluntaria de uniones y elevación de las nuevas nupcias. (Van de Kaa, 1987, y Lesthaeghe, 1995).

El surgimiento de valores que fomentan la autonomía individual, la secularización, el rechazo de la regulación institucional, la tolerancia para las minorías y la emancipación son elementos centrales en la conceptualización de la segunda transición demográfica (Lesthaeghe y Surkyn, 2002). La secularización se refiere al fin del control ejercido por las doctrinas religiosas y políticas sobre la vida personal, dando pie a una creciente autonomía individual. Se resalta también la emancipación económica femenina, que implica la demanda de mayor calidad y menor asimetría en las relaciones de género, en un contexto de crecientes aspiraciones individuales respecto al consumo y a los estándares de vida (Lesthaeghe, 1995). Estos nuevos valores también suponen una mayor autonomía respecto al control patriarcal y al ejercicio sexual, desvinculándolo de su función meramente reproductiva.

Lesthaeghe y Neels (2002) estudiaron la relación entre algunas características regionales de la primera y segunda transición demográfica y algunas variables históricas y contemporáneas, de naturaleza socioeconómica y cultural, para el caso de Francia Suiza y Bélgica. Ellos establecen una conexión entre la aparición de patrones propios de la primera y se-

gunda transición demográfica y las tres condiciones para el cambio establecidas por Coale. Recordemos que una de las aportaciones que Coale hace al esquema de la transición demográfica, al analizar las condiciones que se presentaron para el descenso de la fecundidad, es determinar la validez de las características presentes de forma homogénea en las sociedades modernas en su paso por la transición. El autor apunta que, a pesar de las discrepancias, existen ciertas condiciones generales bajo las cuales ha ocurrido el proceso de transición. Primero, la fecundidad debe estar dentro del cálculo de la elección consciente. Segundo, debe haber una buena disposición a la reducción de la fecundidad, en la medida en que ésta se considere ventajosa. Tercero, las técnicas para la reducción de la fecundidad deben estar disponibles. Lesthaeghe y Neels (2002) encontraron que la buena disposición al cambio por parte de los individuos, según lo reflejado por las subculturas regionales de los países que analizan, fue la condición dominante tanto en la primera como en la segunda transición demográfica. Esto quiere decir que los individuos consideran ventajoso cierto cambio de comportamiento y por tanto lo adoptan.

Ya a finales de los ochenta, emergía un debate en Europa central y del este sobre la posibilidad de que los valores y nuevas pautas en la formación de hogares, propios de la segunda transición demográfica, llegaran a difundirse fuera de esta región. Lesthaeghe y Surkyn (2002) se preguntan si algunas características asociados con la segunda transición demográfica han tenido relevancia y se han difundido fuera de Europa. De este cuestionamiento surge justamente el interés por estudiar lo que sucede en México. Si se está o no en la segunda transición demográfica y, en el caso de haber ingresado, qué tanto se ha avanzado en ella es, de acuerdo con Quilodrán (1999, 2000, 2003), un tema controvertido y recurrentes en los estudios de nupcialidad y familia en los países próximos a concluir, o que han concluido, su transición demográfica. Frente a argumentos que apoyan un posible advenimiento de la segunda transición demográfica en América Latina, García y Rojas (2002) señalan que dicha transición no ha tomado su curso en la región porque gran parte de las transformaciones que la caracterizan tienen una naturaleza y un significado distintos al paradigma europeo.

En México la transición de niveles altos de fecundidad y mortalidad hacia niveles bajos fue tardía y muy rápida en comparación con los países desarrollados. Al interior de la misma sociedad mexicana existe una gran heterogeneidad que ha sido ampliamente estudiada. Existen dos modelos de transición, uno presente en los sectores más beneficiados por el desarrollo y otro en los sectores más pobres y marginados. Es inútil suponer que el advenimiento de una segunda transición demográfica tendría un origen similar al europeo y que se daría de forma homogénea en México, no obstante, vale la pena indagar de manera empírica la presencia elementos característicos de la segunda transición demográfica.

Desde mediados de los ochenta del siglo pasado, Quilodrán (1985) documenta como el alargamiento de la vida matrimonial, ocasionado por un descenso de la mortalidad, así como las transformaciones sobre la condición femenina y la estructura de la familia, implicaban la ocurrencia de fenómenos como la disolución voluntaria de uniones por separación y divorcio, característica propia de una segunda transición. Por su parte, García y Rojas (2002) analizan los cambios ocurridos en los patrones de unión en América Latina en cuanto a las modificaciones en la edad media a la unión, el incremento en la disolución de las uniones y la prevalencia de las uniones consensuales, concluyendo que, en cuanto a estos factores, no hay suficiente evidencia para sostener que los países latinoamericanos estén experimentando una segunda transición demográfica. Al respecto Quilodrán señala que, con todo y sus divergencias, en nuestro país se están presentando ciertos rasgos de la segunda transición. Con base en esta discusión resulta relevante tratar de evidenciar la existencia de estas y otras transformaciones y continuar documentando cómo se han dado y se están dando en México.

Cambios en la formación de parejas conyugales

Como se mencionó anteriormente, en la segunda transición demográfica adquieren relevancia los factores psicosociales que influyen sobre los valores, actitudes y comportamiento de los individuos respecto a la formación y estabilidad familiar. Una de las primeras manifestaciones de los cambios registrados en este ámbito fue el cuestionamiento de la institución matrimonial. Algunos estudios sobre nupcialidad han tratado de rescatar la forma en que el matrimonio, como institución que funda la familia, ha cambiado en su significado y función social a través del tiempo.

En sociedades preindustriales el matrimonio representaba el momento de iniciación de las uniones sexuales así como el arreglo institucional que se llevaba a cabo a edad temprana para asegurar la reproducción ante la amenaza de la mortalidad (Davis y Blake, 1967). Aún después de la industrialización, el matrimonio sobrevive sin ser cuestionado, pero se presenta un cambio en el calendario que apunta hacia una postergación del mismo. Según el modelo establecido por J. Hajnal (1965), el matrimonio no era universal, la proporción de mujeres que permanecían solteras toda su vida (celibato definitivo) llegaba en ocasiones hasta el 15 o 20 por ciento. Por otra parte, el acceso al matrimonio, aunque dependía del modelo familiar dominante, solía ser más bien tardío, con edades medias femeninas al contraer el primer matrimonio de 25-26 años (algo más bajas en los países del sur y el este de Europa). Se considera que la edad tardía al matrimonio fue un factor clave en el antiguo régimen demográfico, que contribuyó en las primeras etapas de la transición demográfica clásica en Europa Occidental, desempeñando un papel importante en la regulación de

la fecundidad (Quilodrán, 2001). En las poblaciones donde el uso de anticonceptivos aún no era difundido, la unión resultaba una de las variables intermedias más importante relacionada con los niveles de fecundidad (Bongaarts, 1982). El hecho de que en Europa la gente no se casara joven implicaba un periodo de abstinencia sexual entre los jóvenes, ya que la iglesia condenaba la sexualidad fuera del matrimonio. La consecuencia fue la disminución del tiempo que la mujer permanecía expuesta al riesgo de concebir (Segalen, 1998). Así, la edad tardía al matrimonio constituye, según Chaunu (citado por Segalen, 1998), "la verdadera arma anticonceptiva de la Europa clásica". Un estudio sobre las pautas reproductivas en México (Juárez, et al, 1996) muestra que, anteriormente, la descendencia final en este país dependía ante todo de la edad a la unión. Algunas generaciones de mujeres que para 1970, es decir, mujeres nacidas alrededor de la década de los 30, habían alcanzado la descendencia final, mostraban una relación lineal entre el número de hijos y la edad al unirse: a mayor edad a la unión menor número de hijos (Juárez, et al, 1996: 57-59).

Hasta finales de los años sesenta en los países desarrollados, la institución del matrimonio era muy estructurada y estable. A partir de entonces, se registran cambios en los modelos de nupcialidad. Actualmente tanto en Europa como Estados Unidos, Canadá y Australia se está produciendo una desinstitucionalización del matrimonio. Esta consiste en que una parte muy importante de estas poblaciones opta por la cohabitación en lugar de casarse. El matrimonio civil está perdiendo su calidad de acto fundador de una nueva pareja, mientras que el religioso se vuelve más escaso; lo que significa que el matrimonio institucionalizado, ya sea por las leyes civil o religiosa, pierde vigencia. Estos cambios de comportamiento pueden asociarse a la creciente independencia económica de las mujeres, con lo cual el matrimonio pierde el papel protector que tenía en el pasado: también han sido asociados a la prolongación de la escolaridad, el alto desempleo en la juventud y la disociación entre la vida sexual y el matrimonio (Bozon, 1990; citado por Quilodrán, 2001).

Con respecto a México, los estudios sobre nupcialidad dejan claro que la unión es casi universal y relativamente estable (Quilodrán, 1991 y Juárez, et al. 1990). La proporción total de mujeres entre 20 y 49 años de edad que llega a contraer al menos una unión es de aproximadamente el 95%. Esto sugiere que, el matrimonio como institución ha sido cuestionado pero no así la vida en pareja. Durante el último siglo, en México permanece un modelo de nupcialidad que solo se ha transformado en su aspecto más cualitativo: el tipo de unión. Así tenemos que entre 1980 y 1990, la unión libre experimentó un leve repunte y compensó el descenso del matrimonio legal (Quilodrán, 2001). Este incremento de uniones libres o consensuales ¿puede considerarse como rasgo de la segunda transición demográfica? Hay que señalar que una característica distintiva del patrón de nupcialidad latinoamericano es la importancia de las uniones consen-

suales, que pueden constituir una forma de unión conyugal muy común y socialmente reconocida (Quilodrán 1985). Para Quilodrán la unión libre que existe en México es producto de condiciones sociales desfavorables. Mientras que el nuevo modelo de unión libre que se ha generalizado en países desarrollados, desde finales de los años setenta, está compuesto por personas de clase media (Quilodrán, 2001:56). En el caso de México, Quilodrán (2000) concluye que el importante incremento de la cohabitación registrado en los últimos años de la década de 1990 en este país no se trata de un fenómeno nuevo, sino del mismo tipo de concensualidad conocida de tiempo atrás, asociada a ámbitos rurales, a población pobre y con escasa escolaridad. Sin embargo, en aquellos sectores de nuestro país con mejores condiciones socioeconómicas, podrían darse nuevas modalidades de unión libre más semejantes al modelo de unión libre de los en países desarrollados

Por otro lado, recordemos que la disociación entre la vida sexual y conyugal es otra característica de la segunda transición demográfica, ¿Qué podemos decir al respecto si estudiamos a un sector selecto de la población, ubicado en contextos urbanos y con mejores niveles de escolaridad? Antes de tratar de responder esta pregunta es necesario intentar explicar este concepto.

La disociación entre la vida sexual y la vida conyugal

Entre las manifestaciones de la segunda transición demográfica, además del abandono del matrimonio, también se ha ido extendiendo la disminución del control social sobre la práctica de la sexualidad fuera de las uniones. Por otro lado, la disociación entre la vida sexual y la vida conyugal es, en gran medida, el resultado de la capacidad de regular la fecundidad por medio del uso de métodos anticonceptivos. Bozon establece que hoy en día las relaciones sexuales ya no coinciden con el matrimonio, gracias a que la anticoncepción permitió a los jóvenes modificar el calendario de inicio de la vida sexual activa (Bozon, 1992, citado por Quilodrán, 2001). En el caso de Europa, la autonomía entre la vida sexual y reproductiva gracias a la tecnología anticonceptiva implicó una postergación de la edad al casarse y la disminución de los matrimonios (Bozon y Kontula, 1997, citados por Quilodrán, 2000). En este contexto, una vez que la fecundidad pudo controlarse voluntariamente por medio de la anticoncepción, el matrimonio perdió importancia como institución que rige el comportamiento sexual y reproductivo. En el momento en que la relación sexual no implica un embarazo, el matrimonio deja de ser el hito de la iniciación sexual para las mujeres y el marco de protección frente al probable embarazo extramarital. (Quilodrán, 2000 y 2001a).

Dado que en México una proporción importante de las mujeres usa métodos anticonceptivos, cabe preguntarse si la afirmación de Bozon se

aplica también a México. Es decir, si, ¿podemos observar en México una disociación entre la vida sexual y conyugal, expresada en un mayor intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión? Para responder dicha pregunta más adelante emplearemos, como primera aproximación metodológica, el método de tablas de vida que permite estudiar la duración entre ambos eventos. Antes hablaremos de otra de las transformaciones que, aunque de forma incipiente en nuestro país, se están dando en países que han completado su transición demográfica: la postergación del matrimonio.

Evolución de la edad a la unión

La edad a la unión es la característica más estudiada para definir los modelos de nupcialidad. La edad en que las personas contraen matrimonio está determinada culturalmente y refleja la manera en que se organiza la vida en familia y las oportunidades de que disponen los jóvenes, tanto hombres como mujeres, al asumir sus responsabilidades en tanto adultos (Mensch et al, 2003; citado por UNFPA, 2003). En los últimos 30 años, en los países de América del sur ha disminuido considerablemente la proporción de matrimonios en que la mujer tiene menos de 20 años de edad. En la década de 1990, México, al igual que otros países latinoamericanos, no tenía una nupcialidad femenina precoz, es decir, menor a los 21 años. (García y Rojas, 2002). Asimismo, en todas las subregiones del mundo en desarrollo los hombres se casan mucho más tarde que las mujeres; al llegar al tramo de 20 a 24 años de edad ya se han unido entre el 9% y el 40% de los hombres, en comparación con entre el 24% y 75% de las mujeres del mismo grupo de edades (UNFPA, 2003).

En México, la edad a la unión continúa siendo la dimensión para la que se observan menos transformaciones a lo largo del tiempo. Para las mujeres, la edad promedio a la primera unión había permanecido prácticamente constante hasta los años setenta, según la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF), ésta fue de de 19.7 en 1975 (Quilodrán 2001:48), pero en los años ochenta las mujeres comienzan a retrasar la edad a la unión más rápidamente que los hombres, aunque esta postergación sólo es de un año. De acuerdo con la Encuesta Nacional Demográfica (END), en 1982 la edad promedio a la primera unión se ubicó en 20.1 años para las mujeres que tenían entre 35 y 49 años al momento de las encuestas. El cambio de 0.4 más en promedio en 1982 concierne a las generaciones 1942-1946, que comenzaron la transición hacia una edad más tardía a la unión y habían llegado al grupo de edad 35-39 años (Quilodrán, 2001:48). Más adelante, en 1990, la edad media a la primera unión alcanza los 22 años en el caso de las mujeres, mientras que en el caso de los hombres se encuentra en 24.2 años. (Quilodrán, 2001:136). El censo del 2000 muestra que la edad

promedio al matrimonio es de 26 años para los hombres y de 24 para las mujeres (Quilodrán, 2000).

El tipo de localidad, rural o urbana, también ha sido un factor de gran importancia para el estudio de la nupcialidad. Los patrones de nuestro país están caracterizados por un matrimonio un tanto más tardío para las mujeres urbanas en comparación con las rurales y también con respecto a las generaciones previas (Quilodrán, 1989 y 2001). Quilodrán indica, con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, que en 1987 la edad promedio de las mujeres a la primera unión era de 19.4 años en las localidades rurales, mientras que entre las mujeres de zonas urbanas era de 20.4 años, en promedio (Quilodrán, 2001: 66). En 1998 las mujeres residentes de localidades urbanas que contrajeron matrimonio civil tienen en promedio 23.6 años de edad, mientras que la edad media de los contrayentes fue de 26.2 años (INEGI).

Así mismo, las mujeres con mayor nivel de escolaridad se unen más tarde con respecto a las que tienen menos años de escolaridad. Caldwell postula que existe una correlación positiva entre el nivel educativo y el retraso en la edad a la primera unión. Este planteamiento fue verificado por McCarthy y McDonald con datos para 42 países incluidos en el programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad (McCarthy, 1982 y McDonald 1985; citados por Quilodrán, 2001). Con base en datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad, Quilodrán (2001:76) señala que, en 1976, la edad a la primera unión para las mujeres sin escolaridad fue 17.2 y de 20.8 para las mujeres con secundaria, tres años más que las mujeres sin escolaridad. Por su parte, al entrevistar a algunas mujeres pertenecientes a las cohortes de 1947 a 1966, se encontró que "mientras que la mitad de las mujeres sin escolaridad se casan antes de los 18 años y a los 25 años casi todas están casadas, entre las que asistieron a la universidad, casi ninguna inicia una unión marital antes de los 18 años y a los 25 años más de la mitad permanece soltera" (Mier y Terán 1993:72). Blanco (2002) hace notar "la prioridad que los sectores medios asignan a la obtención de ciertos niveles educativos por parte de las y los hijos y, por lo tanto, el retraso en el cumplimiento de eventos demográficos tales como el matrimonio y el nacimiento de los hijos" (p. 468). No obstante, si bien la iniciación de las relaciones sexuales y el matrimonio suelen ocurrir más tempranamente entre las mujeres con menor nivel educacional (UNFPA, 2003), los aumentos en la matriculación escolar sólo explican una pequeña parte del aumento documentado en las edades al contraer matrimonio. Otros factores contribuyentes son la disminución del número de matrimonios concertados, los cambios en las leyes matrimoniales, los aumentos en la urbanización y las cambiantes normas acerca de las presuntas ventajas del matrimonio precoz.

Después de analizar la evolución de las edades medias a la unión, Quilodrán (2001) destaca la permanencia del modelo de nupcialidad hasta

una etapa muy avanzada de modernización del país. Así, plantea la pregunta de ¿por qué la interiorización de nuevos valores, que supone la expansión del sistema de educación, la urbanización y la industrialización, demoraron tanto tiempo en manifestarse; y por qué una vez manifestados sólo afectan a las mujeres? Una pregunta que podemos formularnos es si la postergación de la unión está asociada con una mayor escolarización, y si estos factores operan diferencialmente para los hombres y las mujeres. Para responder dicha pregunta, como segunda aproximación metodológica, haremos uso de un modelo de riesgos proporcionales para estudiar el efecto de algunas variables, como el momento de inicio de la vida sexual, el nivel de escolaridad y otras, sobre la edad a la primera unión y su efecto diferencial para mujeres y hombres.

Metodología

Hipótesis

Se esperaría que en una etapa avanzada de la transición demográfica emergieran valores, propios de una segunda transición, que impliquen una mayor emancipación femenina, manifestada entre otras cosas en una menor asimetría en las relaciones de género. Sin embargo, ya que la edad a la primera relación sexual de los hombres precede por muchos años a la edad a la primera unión en comparación con las mujeres, nuestra primera hipótesis postula que los hombres urbanos en México, al igual que lo observado en los países de la región (UNFPA, 2003), presentan una mayor disociación entre la vida sexual y conyugal que las mujeres.

A pesar de que existe una cierta permanencia en los patrones de comportamiento de los individuos, que subsiste en México y que implica un fuerte control institucional sobre las decisiones individuales, se espera que entre las generaciones más jóvenes se den cambios de comportamiento respecto a la intensidad y calendario de la unión una vez iniciada la vida sexual, lo que conduce a postular como segunda hipótesis que entre las generaciones más recientes la disociación entre la vida sexual y conyugal es mayor con respecto a las generaciones anteriores, y que dichos cambios se observan sobre todo en el caso de las mujeres.

Fuente de datos

La fuente de datos empleada en este trabajo es la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (ENSARE), realizada en 1998 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En ella se entrevistaron a 5 405 mujeres de 12 a 54 años de edad y a 2 992 hombres de 12 a 59 años, todos ellos derechohabientes del IMSS. La encuesta es representativa a nivel nacional para mujeres y hombres. Entre los ejes temáticos que aborda la encuesta, y que son relevantes para este trabajo,

se encuentran: características sociodemográficas, fecundidad y nupcialidad, anticoncepción, y práctica sexual. La ENSARE es una encuesta que capta información de un sector y contexto social específico: la población derechohabiente del IMSS, que vive predominantemente en localidades urbanas, por definición cuenta con un trabajo asalariado, o al menos es familiar de un asalariado de quien recibe la derechohabiencia, goza de los servicios de atención a la salud y de una pensión o jubilación cumplidos los años de trabajo necesarios para obtenerla.

Técnicas

Para mostrar cómo se ha dado el proceso de disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal de las mujeres y los hombres urbanos en México, y con el interés de observar cambios en el tiempo, en un primer momento se estudia el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión, poniendo atención en las diferencias entre sexo y entre tres generaciones sucesivas. En segundo lugar, se estudia el efecto de algunas variables, como el momento de inicio de la vida sexual, sobre la edad a la primera unión y su efecto diferencial para mujeres y hombres. Para esto se emplean dos métodos estadísticos del análisis de supervivencia.

Características de la población muestral

En el Cuadro 1 se describen algunas características sociodemográficas del total de la muestra de mujeres y de hombres. La estructura por edad de las poblaciones femenina y masculina se agrupa en edades de 12 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 40 y 50 años y más. El estatus sexual distingue a las personas que han experimentado la primera relación sexual. El estatus conyugal distingue a la población soltera de aquella que ha estado unida alguna vez. Finalmente, la escolaridad agrupa a la población con base en el último año de escolaridad aprobado: en el primer grupo se encuentran los que tienen desde ningún años de escolaridad hasta primaria completa; en el segundo los que aprobaron de uno a tres años de secundaria; en el tercero se encuentran aquellos que tienen de uno a tres años de preparatoria y; finalmente, en el cuarto aquellos que tienen un año de educación profesional o más.

El 68.8% de las mujeres entrevistadas y el 80.9% de los hombres habían experimentado al menos la primera relación sexual al momento de la encuesta. El 65.3% de las mujeres y el 67% habían tenido al menos una unión conyugal. Y finalmente, en cuanto al nivel de escolaridad un mayor porcentaje de los casos tenían entre uno y tres años de secundaria, 42.5% de las mujeres y 38.2% de los hombres; mientras que es mayor la proporción de hombres que tienen un año o más de educación profesional en comparación con las mujeres, es decir, 14% de los hombres y 9.2% de las

mujeres han aprobado al menos un año de educación superior. De acuerdo con este contexto se trata de una población selectiva con mejores condiciones de escolaridad que a nivel nacional.

Cuadro 1
Características sociodemográficas de la muestra – México, 1998

	Mujeres		Hombres	
	%	N	%	N
Total	100	5 405	100	2 992
Grupo de edad				
12-19	23,2	1 253	19,2	577
20-29	28,5	1 539	28,6	857
30-39	23,1	1 246	24,8	742
40-49	18,5	1 000	16,3	489
50 y más	6,8	367	10,9	327
Estatus Sexual				
Con primera relación sexual	68,8	3 718	80,9	2 422
Sin primera relación sexual	31,2	1 687	19,1	570
Estatus Conyugal				
Soltero	34,7	1 878	33,0	987
Alguna vez unido	65,3	3 527	67,0	2 005
Escolaridad				
Hasta Primaria completa	33,2	1 792	28,1	841
Uno a tres años de secundaria	42,5	2 296	38,2	1 143
Uno a tres años de preparatoria	15,2	821	19,7	589
Un año de profesional o más	9,2	496	14,0	419

Fuente: Ensare 1998.

Otros aspectos que se analizan, para el total de la muestra, son algunos indicadores sobre el comportamiento sexual y sobre el patrón de nupcialidad. Todas las personas que habían tenido la primera relación sexual, es decir 3 718 mujeres y 2 422 hombres, declararon la edad en la que sucedió este evento. Como se observa en el Cuadro 2, la edad media o promedio a la primera relación sexual es de 19.5 para las mujeres y 17.3 para los hombres. La moda o edad con que mayor frecuencia tuvieron la primera relación sexual tanto hombres y mujeres fue 18 años. Por su parte, la mediana indica que a los 19 años el 50% de las mujeres observadas ya habían tenido su primera relación sexual, mientras que a una edad más joven, 17 años, el 50% de los hombres ya habían tenido su primera relación sexual.

En cuanto a la edad a la primera unión, tenemos información para el 86% de la mujeres de 12 a 54 años con al menos una unión y 99.5% de los hombres 12 a 59 años alguna vez unidos. La edad media o promedio a la primera unión es 20.5 para las mujeres y 23.5 para los hombres. A los 20 años la mitad de las mujeres tuvieron su primera unión y en el caso de la mitad de los hombres esto sucedió a los 23 años. El Cuadro 2 también muestra el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión. En esta caso tenemos información para 77.4% de las mujeres alguna vez unidas e información para 97.1% de los hombres alguna vez unidos. Cabe mencionara que el 8.4 de las mujeres algunas vez unidas no tuvieron una relación sexual premarital, es decir, que su primera relación sexual sucedió al interior de una unión conyugal. Para la población con relación sexual premarital, la duración promedio del intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión de las mujeres es de 1.3 años y de 6.2 años en el caso de los hombres. Un año después de la primera relación sexual la mitad de las mujeres había tenido una unión conyugal y hasta 5 años después de la primera relación sexual la mitad de los hombres había experimentado una unión conyugal.)

Primera aproximación al estudio de la disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal en México: Método de Tabla de Vida. La primera aproximación al análisis de la disociación entre el inicio de la vida sexual y conyugal consiste en estudiar el intervalo entre dos eventos fundamentales en el curso de vida de los individuos: la primera relación sexual y la primera unión, comparando a mujeres y hombres de distintas generaciones. La intención que guía esta primera aproximación es saber si en el contexto urbano mexicano existe una mayor disociación entre el inicio de la vida sexual y conyugal de los hombres y las mujeres jóvenes. Sería interesante saber lo que al respecto sucede en el ámbito rural, pero se trata de una comparación que los datos aquí utilizados no permiten establecer.

Universo de estudio. Para llevar a cabo la primera aproximación al estudio de la disociación entre el inicio de la vida sexual y conyugal a través del intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión, se decidió considerar a las mujeres y los hombres de 20 a 49 años que habían tenido su primera relación sexual al momento de la encuesta.

No se considera a la población de 12 y 19 años de edad por contener un pequeño número de observaciones sobre los eventos de interés (Cuadro 3).[1] Por su parte, la población que tenía 50 y más años al momento de la entrevista representa sólo 6.8% y 10.9% del total de la muestra de mujeres y hombres respectivamente. (Cuadro 1). Si infiriéramos medidas estadísticas con base en el reducido porcentaje de la población de esta edad que ha experimentado tanto la primera relación sexual como la primera unión, obtendríamos indicadores que quizá no son representativos de toda la cohorte (ver Juárez, 1984: 289). Por lo tanto, este grupo tampoco ha sido considerado.[2]

Cuadro 2
Algunos indicadores sobre sexualidad y nupcialidad – Mexico, 1998

	Mujeres de 12 a 54 años		Hombres de 12 a 59 años	
Edad a la primera relación sexual (años)				
N (%)	3 718	(100)	2 422	(100)
Media	19,5		17,3	
Moda	18		18	
Cuartiles				
0,25	17		15	
Mediana	19		17	
0,75	22		19	
Edad a la primera unión (años)				
N (%)	3 033	(86)	1 994	(99.5)
Media	20,5		23,5	
Moda	18		22	
Cuartiles				
0,25	18		20	
Mediana	20		23	
0,75	23		26	
Intervalo entre la primera relación sexual premarital y la primera unión (años)				
N (%)	2 730	(77.4)	1 947	(97.1)
Media	1,3		6,2	
Moda	0		0	
Cuartiles				
0,25	0		2	
Mediana	1		5	
0,75	2		9	

Fuente: Ensare 1998.

Así, se analiza a la población por grupos de edad de 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años al momento de la encuesta, que nacieron entre 1969 y 1978, 1959 y 1968 y entre 1949 y 1958 respectivamente. Esto permite analizar cambios intergeneracionales. Es útil reconstruir las historias de los individuos con base en sus fechas de nacimiento; ya que cada generación (o cohorte) constituye una subpoblación que ha vivido historias conjuntamente, de manera que individuos de una misma generación son personas que, en cierto sentido, desde su nacimiento transitan a través de una realidad común, que influirá sobre el calendario e intensidad de los eventos demográficos, en este caso la primera experiencia sexual y conyugal (Cf. Juárez, et al, 1996:19).

Cuadro 3
Proporción de la población que ha tenido al menos una relación sexual y una unión por grupo de edad según sexo – Mexico, 1998

Grupo de edad	Mujeres de 12 a 54 años		Hombres de 12 a 59 años	
	R. Sexual	Unión	R. Sexual	Unión
12-19	9,3	6,9	20,5	4,0
20-29	69,5	63,5	89,5	60,2
30-39	95,7	91,7	99,5	91,0
40-49	98,3	96,6	99,4	96,3
50 y más	98,4	96,7	99,7	97,9

Fuente: Ensare 1998.

Resultados

Características de la Población de 20 a 49 años que habían tenido su primera relación sexual. Se tienen 3 241 casos de mujeres entre y de 1 980 hombres con la misma característica. En el Cuadro 4 se observa que 95.1 % de las mujeres de 20 a 49 años y 83.5% de los hombres de esta edad habían tenido al menos una unión conyugal, es decir, sólo encontramos 4.9% y 16.5% de solteros respectivamente. En cuanto al nivel de escolaridad, una vez más encontramos que un mayor porcentaje de los casos tenían entre uno y tres años de secundaria, 40.5% de las mujeres y 36.5% de los hombres; aunque en términos relativos el grupo que sólo tiene hasta primaria completa también es importante para las mujeres. También se observa que es mayor la proporción de hombres que tienen un año o más de educación profesional en comparación con las mujeres, es decir, 18.4% de los hombres y 7.9% de las mujeres han aprobado al menos un año de educación superior.

Respecto a los indicadores de sexualidad y nupcialidad considerados, en el Cuadro 5 vemos que en general no hay diferencias entre los valores de los indicadores de la población seleccionada en este estudio con respecto al total de la muestra (Cuadro 2). Para las mujeres seleccionadas las edades media o promedio y los valores de la primera relación sexual, la primera unión y el intervalo entre ambos eventos para cada cuartil son exactamente iguales a los del total de la muestra. En el caso de los hombres las edades medias difieren por algunos decimales y los valores de los cuartiles son exactamente iguales a los del total de la muestra. Así, la edad promedio a la primera relación sexual es 19.5 para las mujeres y 17.5 para los hombres. A los 19 años la mitad de las mujeres ya habían tenido su primera relación sexual, mientras que 50% de los hombres la habían tenido a una edad más joven, 17 años.

Cuadro 4
Características sociodemográficas de la población que ha tenido la primera relación sexual – México, 1998

	Mujeres de 20 a 49 años		Hombres de 20 a 49 años	
	%	N	%	N
Total	100	3 241	100,0	1 980
Grupo de edad				
20-29	33,0	1 069	38,5	762
30-39	36,7	1 190	37,1	734
40-49	30,3	982	24,4	484
Estatus Conyugal				
Soltero	4,9	160	16,5	326
Alguna vez unido	95,1	3 081	83,5	1 654
Escolaridad				
Hasta Primaria completa	39,3	1 275	24,3	482
Uno a tres años de secundaria	40,5	1 313	36,5	723
Uno a tres años de preparatoria	12,3	398	20,8	411
Un año de profesional o más	7,9	255	18,4	364

Fuente: Ensare 1998.

En cuanto a la edad a la primera unión, tenemos información para 87.2% de las mujeres que además de haber tenido la primera relación sexual han estado unidas. La información de los hombres con estas características es más completa pues 99.6% declaró la edad a la que se unió por primera vez. La edad media o promedio a la primera unión es 20.5 para las mujeres y 23.3 para los hombres. A los 20 años la mitad de las mujeres tuvieron su primera unión y en el caso de la mitad de los hombres esto sucedió a los 23 años.

Cuadro 5
Algunos indicadores sobre sexualidad y nupcialidad de la población que ha tenido la primera relación sexual. México, 1998

	Mujeres de 20 a 49 años		Hombres de 20 a 49 años	
Edad a la primera relación sexual (años)				
N (%)	3 241	(100)	1 980	(100)
Media	19,5		17,5	
Moda	18		18	
Cuartiles				
0,25	17		15	
Mediana	19		17	
0,75	22		19	
Edad a la primera unión (años)				
N (%)	2 688	(87.2)	1 647	(99.6)
Media	20,5		23,3	
Moda	19		22	
Cuartiles				
0,25	18		20	
Mediana	20		23	
0,75	23		26	
Intervalo entre la primera relación sexual premarital y la primera unión (años)				
N (%)	2 425	(78.7)	1 617	(97.8)
Media	1,3		5,9	
Moda	1		1	
Cuartiles				
0,25	0		2	
Mediana	1		5	
0,75	2		8	

Fuente: Ensare 1998.

Intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión. Contamos con información para 78.7% de mujeres de 20 a 49 años alguna vez unidas e información para 97.8% de los hombres con las mismas características. En esta ocasión 8.5% de mujeres de 20 a 49 años alguna vez unidas no tuvieron una relación sexual premarital, es decir, que su primera relación sexual sucedió al interior de una unión conyugal, desconocemos la información al respecto del restante 12.8% de mujeres alguna vez unidas.

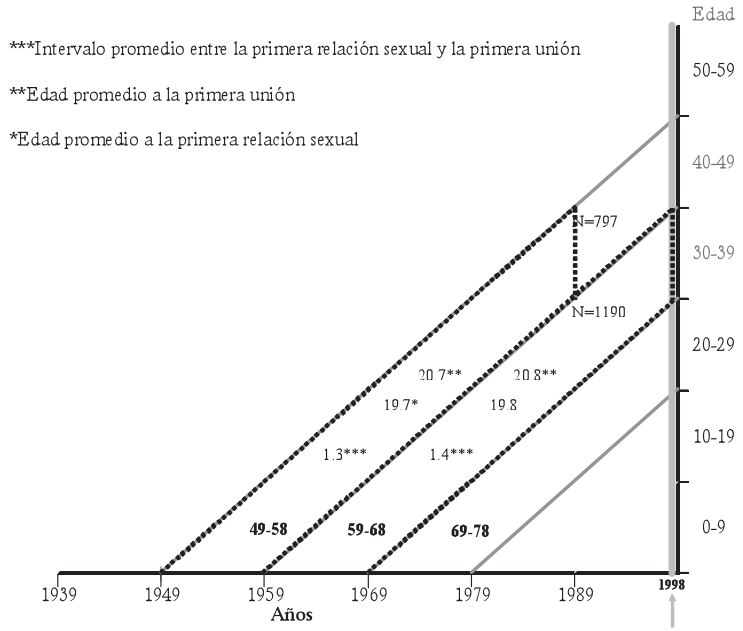
Así, para aquella población, de 20 a 49 años, cuya primera relación sexual fue anterior a la primera unión conyugal, el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión de las mujeres fue en promedio de 1.3 años y de 5.9 años para los hombres. Un año después de la primera relación sexual la mitad de las mujeres había tenido una unión conyugal y hasta 5 años después de la primera relación sexual la mitad de los hombres había experimentado una unión conyugal.

Con apoyo del Diagrama de Lexis es posible observar las características de la población en estudio, en cuanto a la intensidad de los eventos; así como las edades medias a la primera relación sexual, primera unión e intervalo entre ambos eventos, para cada una de las cohortes elegidas. Así podemos mostrar, a simple vista la evolución de estos indicadores a través del tiempo. Para ello, ha sido necesario aplicar el enfoque de truncamiento, de modo que las distintas cohortes puedan ser comparables.

El enfoque de truncamiento, sugerido por Ryder en 1974, consiste en el truncamiento de la experiencia de las cohortes por edad específica, esto es necesario en virtud de que la historia de eventos de la generación más joven está incompleta con respecto a la generación mayor sucesiva (Juárez, 1984). Por lo tanto se cortan los últimos 10 años de experiencia de la cohorte 40 a 49 años para compararlas directamente con la cohorte que al momento de la encuesta tenía entre 30 y 39 años de edad. Después, se cortan los últimos 10 años de experiencia de la cohorte de 30 a 39 para compararlas directamente con la cohorte de 20 a 29. El análisis cohorte-periodo que se analiza, tanto para las mujeres como para los hombres, está representado por la línea punteada en cada uno de los Diagramas de Lexis.

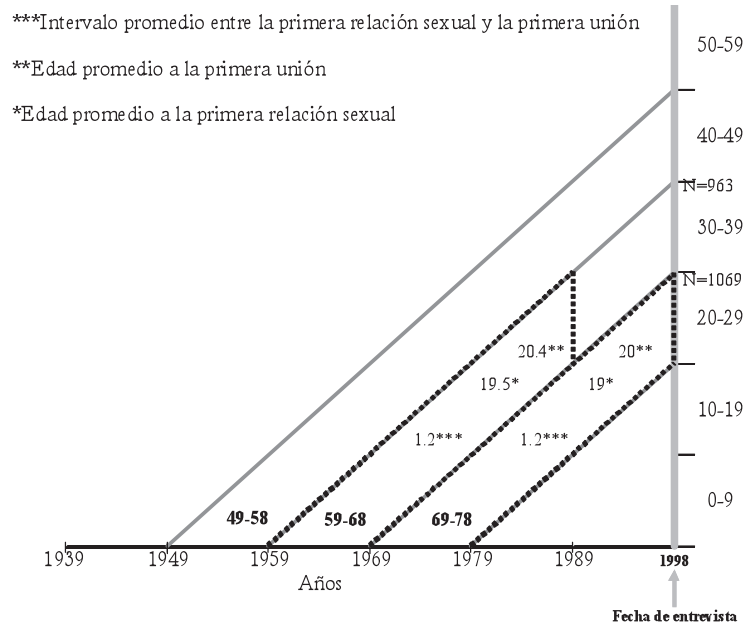
En el primer paso, la experiencia de la cohorte 40-49 ha sido truncada hasta la edad 30-39. Así se observa que los cambios entre las mujeres de estas generaciones son mínimos, sólo 0.1 años de aumento en los tres indicadores para la generación de 30 a 39 años. La edad promedio a la primera relación sexual pasa de 19.7 a 19.8; la edad promedio a la primera unión pasa de 20.7 a 20.8 y el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión pasa de 1.3 a 1.4 en la generación joven.

Diagrama 1
Comparación de las Mujeres de la cohorte 30-39 años con la experiencia de la cohorte 40-49 truncada hasta la edad 30-39. México, 1998



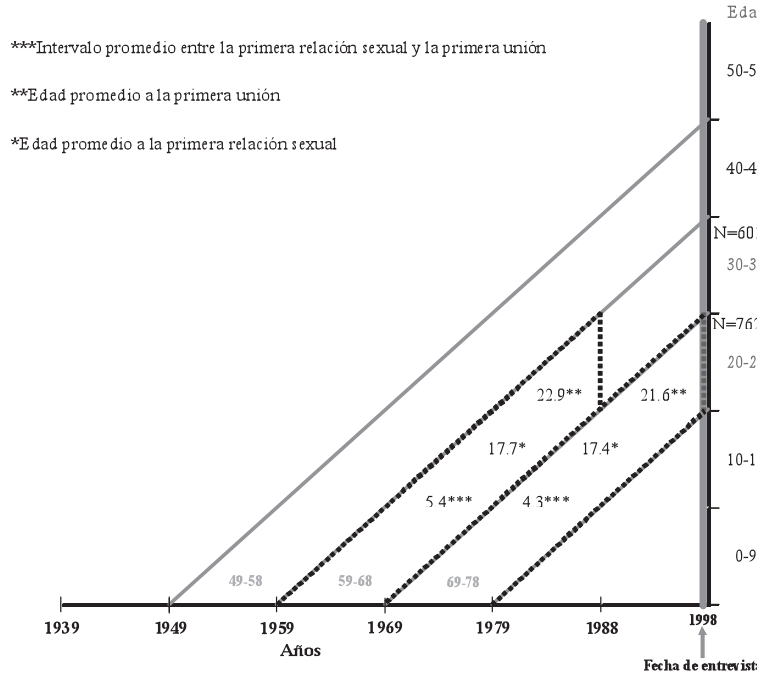
La siguiente comparación se da para la cohorte de 20 y 29 y la cohorte de 30-39, truncada a la edad 20-29. Se observa una disminución en la edad a la primera relación sexual, esta es de 19.5 años para la cohorte mayor y de 19 para la cohorte 1969-1978, que tenían entre 20 y 29 años al momento de la encuesta. En cuanto a la edad promedio a la primera unión, ésta disminuye 0.4 años para la generación más joven, nacida entre 1969-1978. Las mujeres de esta generación se casan en promedio a los 20 años. Finalmente, no se muestran cambios en el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión: para ambas generaciones el intervalo es de 1.2 años en promedio.

Diagrama 2
Comparación de las Mujeres de la cohorte 20-29 años con la experiencia de la cohorte 30-39 truncada hasta la edad 20-29. México, 1998



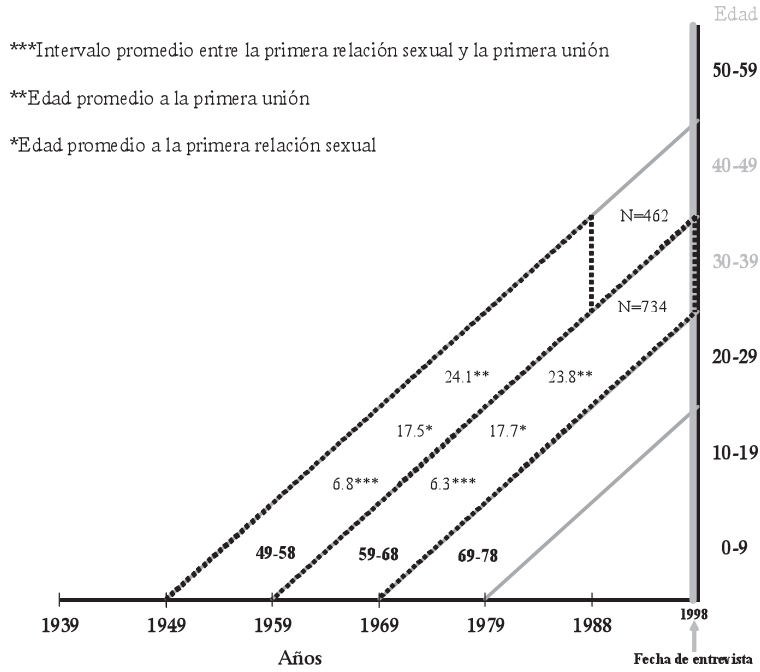
Cabe preguntarse si la ligera disminución en la edad promedio a la primera unión se debe a un aumento en formas de convivencia conyugal menos formales que la legal y la religiosa, es decir, si se debe a un aumento en la unión libre o consensual que provoque, a su vez, una entrada anticipada a la unión conyugal. Dicha pregunta se vuelve más relevante si observamos el comportamiento de los hombres, para quienes es más clara la disminución de la edad a la primera unión al comparar a generaciones sucesivas. La cohorte de hombres 40-49, truncada hasta la edad 30-39, tiene una edad promedio a la primera unión de 24.1 años, 0.3 años mayor en comparación con la generación de 30 a 39 años, que se une en promedio a los 23.8 años. La edad promedio a la primera relación sexual de los hombres de estas generaciones, presenta un ligero aumento con el tiempo, pasa de 17.5 a 17.7; mientras que el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión pasa de 6.8 a 6.3 años en la generación joven. (Diagrama 4)

Diagrama 3
Comparación de los hombres de la cohorte 30-39 años con la experiencia de la cohorte 40-49 truncada hasta la edad 30-39. México, 1998



La disminución de la edad a la primera unión es mayor al comparar a los hombres de la cohorte 30-39, truncada hasta la edad 20-29, con la cohorte de esa edad al momento de la encuesta. Dicha disminución es de 1.3 años, pasa de 22.9 a 21.6 años. La edad promedio a la primera relación sexual presenta una ligera disminución al pasar de 17.7 a 17.4 años. Finalmente, los cambios en el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión son mayores al comparar estas generaciones. La cohorte 30-39 presenta un intervalo promedio de 5.4 años, mientras que la cohorte más joven tiene un intervalo de 4.3 años; así, la disminución de dicho intervalo es en esta ocasión de 1.1 años. (Diagrama 3)

Diagrama 4
Comparación de los hombres de la cohorte 20-29 años con la experiencia de la cohorte 30-39 truncada hasta la edad 20-29. México, 1998



A través del enfoque de truncamiento ha sido posible comparar los indicadores de sexualidad y nupcialidad de dos generaciones sucesivas, observando la experiencia de ambas generaciones a una misma edad. Sin embargo, concluir sobre las tendencias observadas puede resultar engañoso, considerando que se ha dejado fuera a aquella parte de la población de las generaciones más jóvenes, es decir, de las cohortes de 30-39 y sobre todo de la cohorte 20 29, que una vez experimentada la primera relación sexual, habían postergado la primera unión por lo menos hasta después de que fueron entrevistados. La interrupción de la ocurrencia de un evento, a causa de la fecha de la entrevista, es un problema presente en toda fuente de datos con historias incompletas. Este problema, conocido como truncamiento por la derecha, es posible afrontarlo a través de la técnica de tabla de vida que se emplea a continuación para estudiar uno de los indicadores antes analizados: el intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión.

Intensidad de la unión

La Tabla de Vida permite observar la Probabilidad acumulada de unión en distintos intervalos de tiempo. La Tabla 1 muestra que la probabilidad de que una mujer de 20 a 29 años se una durante el primer año después de su primera relación sexual (U0) es de 0.38. Al final del siguiente intervalo, que inicia un año después de la primera relación sexual (U1), esta probabilidad aumenta a casi el doble. De manera que la proporción de mujeres unidas a partir del primer año después de la primera relación sexual y a lo largo de ese año es de 0.65. Este aumento de intensidad de la unión del intervalo U0 al U1 es similar entre las mujeres de 30 a 39 y 40 a 49 años.

Al comparar diferentes cohortes, vemos que las probabilidades acumuladas de unión en los primeros intervalos son ligeramente más altas para las dos cohortes mayores en comparación con la cohorte más joven. A partir de la primera relación sexual (U0) la intensidad de la unión durante el primer año es menor entre las mujeres de 20 a 29 con respecto a las de 30 a 39 y 40 a 49. Así, tenemos que la probabilidad acumulada de unirse durante el primer año a partir de la primera relación sexual es de 0.45 para la cohorte de 30 a 39 años y 0.47 para la cohorte de 40 a 49 en este primer intervalo.

Esta tendencia se mantiene hasta el intervalo que inicia tres años después de la primera relación sexual (U3) pero las diferencias tienden a disminuir. A partir del cuarto año después de la primera relación sexual (U4) la intensidad de la unión de las mujeres más jóvenes es ligeramente mayor en comparación con las de 30 a 39 y a partir del octavo año (U8) también es mayor que las de 40 a 49 años.

Tabla 1
Probabilidad acumulada de unión al final del intervalo Ux según sexo y cohorts - México, 1998

Mujeres				Hombres			
Ux	Edad a la fecha de la entrevista			Ux	Edad a la fecha de la entrevista		
(años)	20-29	30-39	40-49	(años)	20-29	30-39	40-49
0	0,38	0,45	0,47	**0**	0,08	0,09	0,09
1	0,65	0,71	0,74	**1**	0,16	0,18	0,18
2	0,77	0,80	0,84	**2**	0,25	0,25	0,22
3	0,83	0,84	0,89	**3**	0,32	0,30	0,29
4	0,88	0,86	0,91	**4**	0,41	0,37	0,35
5	0,91	0,88	0,92	**5**	0,48	0,44	0,45
6	0,93	0,90	0,93	**6**	0,53	0,52	0,52
7	0,94	0,92	0,94	**7**	0,60	0,59	0,59
8	0,95	0,93	0,94	**8**	0,68	0,65	0,66
9	0,95	0,94	0,95	**9**	0,76	0,72	0,72
10	0,96	0,94	0,95	**10**	0,80	0,75	0,77
Interpolación							
Cuartiles				***Cuartiles***			
0,25				**0,25**	1,98	2,07	2,40
Mediana	1,45	1,20	1,12	**Mediana**	6,41	6,76	6,70
0,75	2,85	2,45	2,09	**0,75**	9,91	10,51	10,53

Fuente: Ensare 1998.

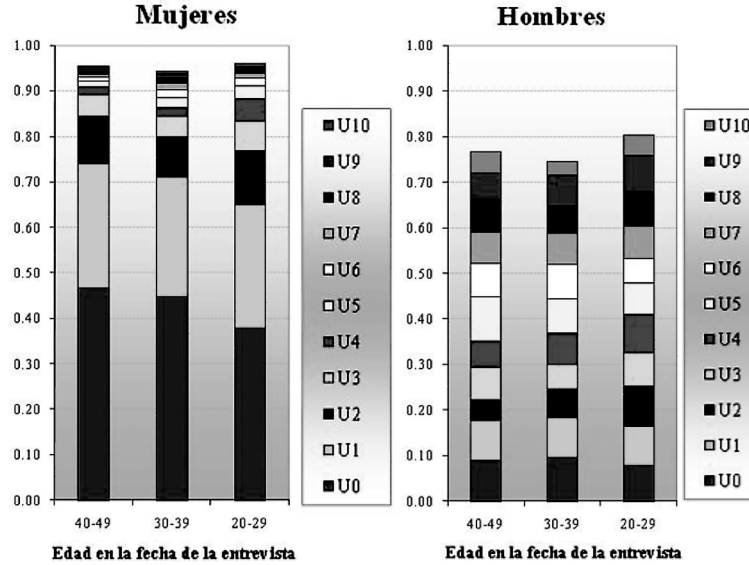
En el caso de los hombres las diferencias en la intensidad de la unión entre generaciones no es tan marcada como en el caso de las mujeres. Aunque en los primeros dos intervalos (U0 y U1) los hombres más jóvenes presentan una menor intensidad de unión con respecto a las dos generaciones mayores, esta relación se invierte a partir del segundo año después de la primera relación sexual.

Al comparar a hombres y mujeres vemos que en ambos casos las mayores diferencias en la intensidad de la unión se dan entre el primer y el segundo intervalo (U0 y U1) para las tres generaciones. En general la intensidad de unión es mucho menor para los hombres que para las mujeres, basta señalara que al final del intervalo que inicia dos años después de la primera relación sexual (U2) mientras el 77 por ciento de las mujeres de 20 a 29 años ya estaban unidas, sólo el 25 por ciento de los hombres de esta misma edad se encontraban en la misma situación. No obstante un resultado interesante es que las diferencias entre hombres y mujeres tiende a disminuir conforme más joven es la cohorte en casi todos los intervalos.

En el caso de las mujeres, existe un gran cambio en la intensidad de la unión entre el intervalo U0 y el U1 similar en las tres generaciones. En el caso de los hombres los cambios no son tan drásticos de un intervalo a otro. Hasta el intervalo U3 la tendencia para las mujeres es la misma: menor probabilidad de unión mientras más joven es la cohorte pero sin grandes diferencias entre las dos mayores. En los tres últimos intervalos (U4, U5 y U10) la probabilidad de unión es prácticamente igual para las cohortes de 20 a 29 y 40 a 49; y ligeramente menor para la cohorte de 30 a 39años.

Como ya se mencionó, la probabilidad de unión de los hombres es mucho menor que las mujeres. Incluso en el intervalo U10 la intensidad de la unión no alcanza el nivel que presentan las mujeres al final del intervalo U3. No se observan grandes diferencias entre las distintas cohortes de los hombres en los primeros intervalos (U0 y U1). No obstante, a partir de U2 hay un aumento en la intensidad de unión de la cohorte más joven. Lo anterior indica que, en un mismo intervalo, los hombres jóvenes se están uniendo con mayor intensidad que los hombres de la cohorte precedente.

Gráfico 1
Probabilidad acumulada del intervalo entre la primera relación sexual y la primera unión - México, 1998

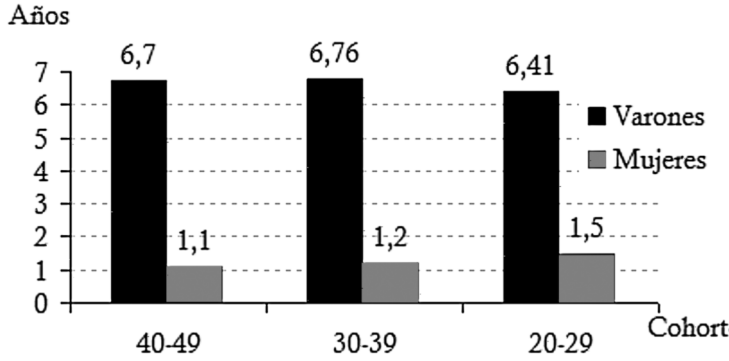


Calendario de la primera unión

Al referirnos al momento de la primera unión a partir de la primera relación sexual, la mediana del intervalo de años entre la primera relación sexual y la primera unión aumenta en la medida en que la generación de las mujeres es más joven (Gráfica 2). Sin embargo, el espaciamiento entre la primera relación sexual y la entrada en unión conyugal es muy corto para las tres cohortes de mujeres estudiadas. En el caso de los hombres, ellos tienden a unirse mucho más tarde que las mujeres después de su primera relación sexual. Pero los hombres jóvenes están acortando ligeramente el espaciamiento entre la primera relación sexual y la primera unión.

Un año y medio después de la primera relación sexual, 50% de mujeres de 20 a 29 años había experimentado la primera unión conyugal. Por su parte, la mitad de las mujeres de 30 a 39 años se había unido 1.2 años después de la primera relación sexual; mientras que 1.1 años después de la primera relación sexual, 50% de mujeres de 40 a 49 años se había unido conyugalmente. En el caso de los hombres, vemos que 6.4 años después de la primera relación sexual, 50% de los hombres de 20 a 29 años había experimentado la primera unión conyugal. Por su parte, a la mitad de los hombres de 30 a 39 les tomó 6.8 años unirse después de la primera relación sexual. Finalmente, 6.7 años después de la primera relación sexual, ya se habían unido 50% de los hombres de 40 a 49 años. Prácticamente no hay cambio entre una y otra cohorte.

Gráfico 2
Mediana del intervalo entre la primera relación sexual y la primera union - México, 1998

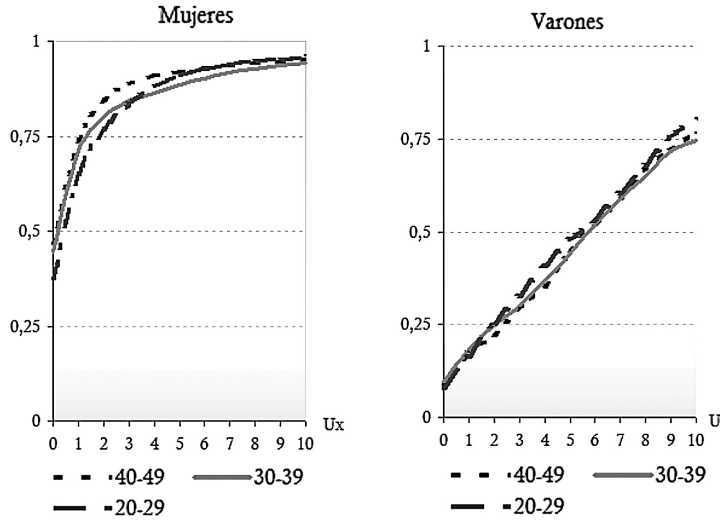


Fuente: Ensare 1998.

Intensidad de la unión

Volviendo con la intensidad de la unión en diferentes momentos del tiempo, en el Gráfico 3 se muestran claramente aumentos en la probabilidad de unirse conforme avanza el tiempo después de la primera relación sexual. Pero en esta gráfica se observan diferencias en el patrón de intensidad de unión de ambos sexos que manifiestan diferencias de género muy profundas. Alrededor de una de cada cuatro mujeres de 20-29 años se había unido al final del intervalo U2, es decir, aproximadamente 2.8 años después de de la primera relación sexual. En el caso de una de cada cuatro mujeres de 30 a 39 años, la unión sucedió 2.4 años después de su primera relación sexual. Mientras tanto, una de cada 4 mujeres de 40 a 49 años se había unido exactamente al inicio del intervalo U2, es decir, 2 años después de iniciada la actividad sexual. Por lo tanto, a las mujeres más jóvenes les ha llevado un poco de más tiempo unirse después de la primera relación sexual. Por su parte uno de cada cuatro hombres de 30 a 39 años y 40 a 49 años se unió 10.5 años después de su primera relación, mientras que a uno de cada cuatro hombres de la cohorte más joven le llevo un poco menos de tiempo, es decir 9.9 años. Los hombres jóvenes se están uniendo antes que los mayores.

Gráfico 3
Probabilidad acumulada de unión a diferentes intervalos por cohorts - México, 1998



Fuente: Ensare 1998.

Al analizar los resultados de la Tabla de Vida cabe señalar que se asume que las probabilidades del evento terminal (primera unión) dependen sólo del tiempo trascurrido después del evento inicial (primera relación sexual). Esto significa que no se distingue entre los casos que entraron en observación en diferentes momentos del tiempo. Es decir, no se hace diferencia entre individuos que iniciaron su vida sexual a diferente edad. Vale decir que a diferencia de una Tabla de Vida convencional, donde toda la población origen ha vivido el momento inicial, en nuestro caso el evento inicial (primera relación sexual) puede haber ocurrido en cualquier momento. Por esta razón en la siguiente aproximación consideramos el momento en que ocurre este evento. Así, la primera relación sexual se definirá como una variable que depende del tiempo (Time-Dependent- Covariate) y veremos como ésta y otras variables se asocian al tiempo en el que ocurre la primera unión conyugal. El método de análisis de supervivencia (Survival Analysis) que emplearemos a continuación permite, al igual que la Tabla de Vida, que los casos que no han experimentado el evento terminal (casos truncados) contribuyan al cálculo de las probabilidades, pero además permite incluir variables asociadas a la ocurrencia en el tiempo de nuestra variable terminal, es decir, de la primera unión.

Variables asociadas a la primera unión

La segunda aproximación al estudio de la disociación entre la vida sexual y conyugal consiste en la construcción de un modelo de riesgos proporcionales (PHM) donde la edad a la primera unión representa el tiempo de supervivencia (T). Este método permitirá investigar la relación entre la edad a la primera unión y algunos posibles factores explicativos como la primera relación sexual y el nivel escolaridad. Se estima un modelo separado para hombres y mujeres para ver el efecto diferencial de las variables asociadas a la primera unión para cada uno de ellos. Así, la intención que guía esta segunda aproximación es saber cómo influye la edad a la primera relación sexual y la pertenencia a cierta cohorte de nacimiento sobre la edad a la primera unión. También se considera la influencia de otras variables como el nivel de escolaridad y la existencia de un embarazo previo al momento de la unión. Se intenta probar dos hipótesis: la primera postula que a mayor edad a la primera relación sexual mayor es el riego relativo de unión; y en la segunda hipótesis se asume que cuanto más joven son las generaciones, mayor es la postergación de la primera unión.

Construcción del Modelo de Riesgos (PHM)

Variable dependiente

La variable dependiente es la edad a la primera unión (T). Esta variable se define en términos del estatus conyugal de la persona, que consiste en una variable dicotómica que toma el valor de 1 cuando la persona está unida y 0 cuando no lo está. Cuándo el estatus conyugal es positivo, se indica que el evento terminal ha ocurrido, entonces la variable dependiente asume el valor de la edad a la primera unión; y cuando el estatus conyugal es negativo, la edad a la primera unión es igual a la edad de la persona al momento de la entrevista (caso truncado).

Variables asociadas

- Edad a la primera relación sexual: Dado que una persona puede pasar de un estatus sexual negativo a uno positivo en el transcurso del tiempo, la edad a la primera relación sexual (T_C) es una variable que depende del tiempo. El cambio de un estatus a otro se da a la edad en que ocurre la primera relación sexual
- Edad: se analiza el efecto de pertenecer al grupo de edad de 12-19, 30-39, 40-49 y 50 y más años de edad al momento de la encuesta. Se utiliza al grupo de 20 a 29 años como categoría de referencia.
- Escolaridad. Se analiza el efecto de tener de uno a tres años de secundaria, de uno a tres años de preparatoria y un año profesional o más con respecto a tener sólo hasta primaria completa.
- Embarazo en la primera unión. Se analiza el efecto de que la mujer estuviera embarazada cuando se unió por primera vez (o la pareja en el caso de los hombres).

Los efectos de diferentes variables en la edad a la primera unión se expresan en el valor de los coeficientes de beta (β) para cada variable. El coeficiente de beta (β) proporciona el valor del riesgo relativo en escala logarítmica, por lo que el exponente de beta ($Exp\beta$) facilita la interpretación. Así, Exp (β) representa la razón de momios o el riesgo relativo de exposición en comparación a la no exposición. A través de la razón de momios, se muestra el efecto de diferentes variables sobre la edad a la primera unión. Tanto para las mujeres como para los hombres la edad a al primera relación sexual tiene un efecto significativo sobre la edad a la primera unión y un coeficiente beta (β) positivo (Cuadro 6), lo que indica que la razón de riesgo se incrementa con el tiempo. La razón de momios ($Exp\ \beta$) permite ver que, por cada año de incremento en la edad a la primera relación sexual, el riesgo relativo de unión es cuatro veces mayor para una mujer que ha tenido su primera relación sexual en comparación con quien no la ha tenido. El efecto para los hombres es también impor-

tante: por cada año de incremento en la edad a la primera relación sexual el riesgo relativo de unión es dos veces mayor para un varón que ha tenido su primera relación sexual en comparación con quien no lo ha tenido.

Cuadro 6
Efecto de diferentes variables sobre la edad a la primera unión de la población derechohabiente del IMSS - México, 1998

Mujeres			
Variables	b	S.E.	Exp(b)
Primera relación sexual (t)	1,4504	0,04	4,265***
Variables de Control			
Edad			
12-19	-0,312	0,122	0,7318*
20-29			
30-39	0,1081	0,048	1,1142*
40-49	0,1021	0,055	1,1075
50 y más	0,0648	0,077	1,067
Escolaridad			
Primaria			
Secundaria	-0,369	0,045	0,6912***
Preparatoria	-0,62	0,065	0,5379***
Profesional	-1,065	0,081	0,3448***
Embarazo al momento de la primera unión			
No estaba embarazada			
Sí estaba embarazada	0,2338	0,053	1,2633***
Varones			
Variables	b	S.E.	Exp(b)
Primera relación sexual (t)	0,7914	0,074	2,2065***
Variables de Control			
Edad			
12-19	0,2395	0,221	1,2706
20-29			
30-39	-0,133	0,06	0,8754*
40-49	-0,14	0,068	0,8693*
50 y más	-0,278	0,08	0,7576***

Escolaridad			
Primaria			
Secundaria	0,0565	0,058	1,0582
Preparatoria	-0,284	0,072	0,7526***
Profesional	-0,483	0,074	0,6168***
Embarazo al momento de la primera unión			
No estaba embarazada			
Sí estaba embarazada	0,4411	0,064	1,5545***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Fuente: Ensare 1998.

En cuanto al efecto de la edad (cohorte de nacimiento), vemos que las mujeres entre 12 y 19 años son menos propensas a unirse. Si comparamos este grupo de mujeres con aquellas de 20 a 29 años, el riesgo relativo de las mujeres de 12 a 19 es 26.8% menor que el de las jóvenes de 20 a 29 años. Mientras que el riesgo relativo asociado a tener entre 30 y 39 años es 11% mayor para las mujeres en comparación con aquellas de 20 a 29 años de edad. Pertenecer al grupo de edad de 40 a 49 y 50 y más años no tiene efectos significativos para las mujeres. En el caso de los hombres, el grupo de edad de 12 a 19 no tuvo efecto significativo sobre la edad a la primera unión. Para los demás grupos de edad, el riesgo de unión es menor si se pertenece a una generación mayor. El riesgo relativo de unión, asociado a tener entre 30 y 39 y entre 40 y 49 años es, respectivamente, 12.5 y 13.1% menor en comparación a los que tienen entre 20 y 29 años. Si se tiene 50 años o más el riesgo de experimentar la primera unión es 24.2% menor en comparación con el grupo de 20 a 29 años. Caso contrario a las mujeres, para quienes una mayor edad implicaba un mayor riesgo de unión en comparación a las jóvenes de 20 a 29 años, para los hombres una mayor edad implica cada vez menor riesgo de unión con respecto a aquellos jóvenes de 20 a 29 años.

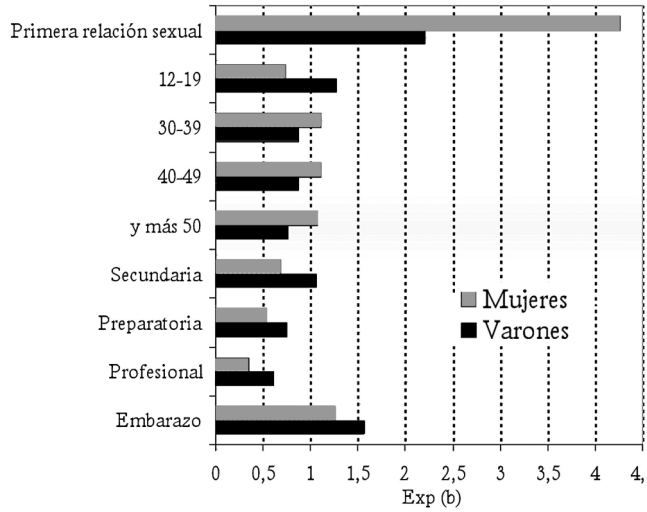
Los resultados también muestran que contar con mayores niveles de escolaridad representa un menor riesgo de unión en comparación con quienes solo tienen hasta primaria completa o menos; aunque tener entre uno y tres años de secundaria no es significativo para los hombres. Cabe señalar que la el riesgo relativo de unión disminuye conforme aumenta el nivel de escolaridad. Una mujer que cuenta con uno a tres años de secundaria, se unirá 30.9% más tarde que una que solo tienen hasta primaria completa o menos. Ahora, si alcanzaron el nivel de preparatoria, las mujeres postergarán la unión un 46.2% más con respecto a las mujeres con primaria completa o menos. Finalmente si una mujer tiene un año de educación profesional o más se unirá 65.5% más tarde que las menos escolarizadas. Esto parece indicar que conforme aumenta el nivel de escolaridad, los

sectores urbanos asignan una mayor prioridad a la obtención de ciertos niveles educativos y, por lo tanto, ocurre el retraso en el cumplimiento de eventos demográficos tales como la unión conyugal. Por su parte, para los hombres no tuvo efecto significativo el tener entre uno y tres años de secundaría, parece que para ellos el umbral que hace la diferencia en el calendario de la unión, con respecto a los menos escolarizados es la educación media. Un varón que cuenta con uno a tres años de preparatoria postergará la unión 24.7% más que aquel que solo tiene hasta primaria completa, y si tiene un año de educación profesional o mas se unirá aún más tarde, es decir 38.3% después que aquel con menor escolaridad.

Por último el haber estado embarazada al momento de la unión aumenta el riesgo de unión para ambos sexos, pero la intensidad es mayor para los hombres. El estar embarazada aumenta la probabilidad de unión en 26% para las mujeres mientras que para los hombres el hecho de que su pareja esté embarazada aumenta la probabilidad de unión 55% por encima de aquel cuya pareja no lo está al momento de la unión.

En cuanto a la disociación entre la vida sexual y conyugal, el PHM permite hacer una aproximación sobre la relación entre el primer encuentro sexual y la primera unión conyugal. En este sentido se observó que tanto para las mujeres como para los hombres conforme aumenta la edad a la primera relación sexual el riesgo relativo de unión es mucho mayor para aquellos que han tenido su primera relación sexual en comparación con quienes no la han tenido. Pero una vez más se observan diferencias de género. Ya que el riesgo que implica la relación sexual sobre la unión de una mujer es más fuerte que el que implica para el varón.

Gráfica 4
Efecto de diferentes variables sobre la edad a la primera unión. México, 1998



Fuente: Ensare 1998.

Conclusiones

Al comparar las diferencias entre sexo y generación se observa que, al menos en el contexto urbano mexicano, se están presentando, de forma incipiente, algunos rasgos de la segunda transición demográfica, con sus respectivas diferencias de género.

El hecho de encontrarse en un contexto de baja mortalidad y fecundidad permite afirmar que se presenta una etapa avanzada de la transición demográfica. A la luz de este nuevo régimen demográfico, intentamos hacer evidente de forma empírica el progreso en México de alguna de las características de la segunda transición demográfica. En este sentido, exploramos las transformaciones en el ámbito del ejercicio de la sexualidad antes de ingresar a la unión conyugal y la postergación de la unión o aumento de la edad a la primera unión.

Cabe preguntarse si en el contexto urbano mexicano se está dando una mayor disociación entre el inicio de la vida sexual y conyugal de los hombres y las mujeres jóvenes. La primera hipótesis apuntaba que los hombres urbanos en México presentan una mayor disociación entre la vida sexual y conyugal que las mujeres. Esta afirmación pudo corroborarse al observar que la intensidad de la unión por intervalos de tiempo después de la primera relación sexual es mucho menor para los hombres

que para las mujeres. Incluso en el intervalo que inicia 10 años después de la primera relación sexual, la intensidad de la unión de los hombres no alcanza el nivel que presentan las mujeres casi 4 años después de su primera relación sexual. Por su parte, la estimación de la probabilidad acumulada de unión en distintos intervalos entre los dos eventos estudiados permitió observar diferencias en el patrón de intensidad y calendario de unión de ambos sexos que manifiestan diferencias de género muy profundas, aunque las diferencias intergeneracionales no son tan evidentes

Uno de los principales conceptos que las conferencias de El Cairo y Beijing pusieron de relieve en la década de los ochenta y noventa fue la perspectiva de género, la cual es útil para explicar las diferencias en el comportamiento de hombres y mujeres en distintos ámbitos de la vida. El género, como construcción social, se refiere a las relaciones sociales y a los roles que mujeres y hombres desempeñan dentro de su sociedad. Los resultados mostrados en este trabajo se enmarcan en la perspectiva de género. Esta permite entender las desigualdades de poder entre mujeres y hombres construidas socialmente a partir de la diferencia sexual, anatómica y fisiológica. Existen cuatro ejes en función de los cuáles se definen las relaciones sociales y los significados simbólicos de ser hombre o mujer: sexualidad, reproducción, división sexual del trabajo y ámbito público o /y ciudadanía (Watkins, 1993). "Los sistemas género-sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general a la interacción entre las personas" (De Barbieri, 1992:151).

La segunda hipótesis señalaba que cuanto más jóvenes son las generaciones se presenta una mayor disociación entre la vida sexual y conyugal, sobre todo en el caso de las mujeres. Al respecto vimos que, a partir de la primera relación sexual y antes del cuarto año a partir de ésta, efectivamente la intensidad de la unión es ligeramente más alta para las cohortes mayores (1949- 1958 y 1959-1968), que tenían 40 a 49 y 30 a 39 años al momento de la encuesta, en comparación con la cohorte más joven (1969-1978), que tenía entre 20 y 29 años al momento de la encuesta. Pero las diferencias entre las mujeres de 20 a 29 con respecto a las de 30 a 39 y 40 a 49 tienden a disminuir conforme aumenta el tiempo transcurrido después de la primera experiencia sexual. Los hombres también presentan una menor intensidad de unión con respecto a las dos generaciones mayores, al menos en los primeros dos intervalos. Pero esta relación se invierte a partir del segundo año después de la primera relación sexual, de manera que hay una menor intensidad de unión por parte de los hombres de mayor edad.

De lo anterior podemos concluir que en todas las generaciones, incluso las más jóvenes, existen grandes diferencias de género en el ejercicio de la sexualidad antes de ingresar a la unión conyugal. Este ejercicio

es muy limitado entre las mujeres en comparación con los hombres; basta recordar que el 77 por ciento de las mujeres de 20 a 29 años ya estaban unidas antes de cumplir cuatro años después de su primera experiencia sexual y solo el 25 por ciento de los hombres de esta misma edad se encontraban en la misma situación. Sin embargo, cabe señalar que las diferencias de intensidad entre hombres y mujeres tienden a disminuir conforme más joven es la cohorte.

Los cambios intergeneracionales observados tanto en mujeres como en hombres consisten en un mínimo aumento del ejercicio de la sexualidad antes de ingresar a la unión conyugal, que se refleja en una disminución de la intensidad de la unión solo en los primeros años después de iniciada la vida sexual. A partir del cuarto año los hombres jóvenes se unen con mayor intensidad que los mayores. Sobre el calendario de la primera unión a partir de la primera relación sexual, el espaciamiento entre la primera relación sexual y la entrada en unión conyugal es muy corto para las tres cohortes de mujeres estudiadas. En el caso de los hombres, ellos tienden a unirse mucho más tarde que las mujeres después de su primera relación sexual. Pero los hombres jóvenes se casan un poco antes de los mayores.

Otra de las características de la segunda transición demográfica es la postergación del matrimonio. Ha sido documentado que la urbanización, el aumento en la esperanza de vida de la población, el incremento en los niveles de escolaridad, así como la mayor participación femenina en los mercados de trabajo, implican cambios en las ideas y en el comportamiento de los individuos, por ejemplo, respecto al calendario de eventos que marcan transiciones de la juventud a la edad adulta. En este trabajo también se intentó evidenciar de manera empírica la forma en que variables como la pertenencia a cierta generación, la escolaridad, el momento en que inicia la vida sexual, y el embarazo previo a la unión conyugal, afectan la edad a la primera unión. La primera hipótesis al respecto postulaba que a mayor edad a la primera relación sexual mayor sería el riesgo relativo de experimentar la primera unión. Al respecto se encontró que, efectivamente, tanto para las mujeres como para los hombres, conforme aumenta la edad a la primera relación sexual aumenta el riesgo de unión. Es decir, que por cada año de incremento en la edad a la primera relación sexual el riesgo relativo de unión es cuatro veces mayor para una mujer que ha tenido su primera relación sexual en comparación con quien no la ha tenido, mientras que para los hombres por cada año de incremento en la edad a la primera relación sexual el riesgo relativo de unión es dos veces mayor para un varón que ha tenido su primera relación sexual en comparación con quien no lo ha tenido.

En este sentido no hay evidencia suficiente para señalara que existe una disociación entre la vida sexual y conyugal, pues el PHM permitió hacer una aproximación sobre la relación entre el primer encuentro sexual

y la primera unión conyugal mostrando que tanto para las mujeres como para los hombres conforme aumenta la edad a la primera relación sexual el riesgo relativo de unión es mucho mayor para aquellos que han tenido su primera relación sexual en comparación con quienes no la han tenido. Pero una vez más se observan diferencias de género. Ya que el riesgo que implica la relación sexual sobre la unión de una mujer es más fuerte que el que implica para el varón.

La segunda hipótesis señalaba que cuantos más jóvenes son las generaciones se presentaría una mayor postergación de la primera unión. Tomando como referencia a las mujeres de 20 a 29 años se encontró que las mujeres que tenían entre 12 y 19 años presentan un menor riesgo de unirse, pero no así en el caso de los hombres. Si comparamos este grupo de mujeres con aquellas de 20 a 29 años el riesgo relativo de una adolescente es 70% menor. En el caso de los hombres, el grupo de edad de 12 a 19 no tuvo efecto significativo sobre la edad a la primera unión. También se encontró que el riesgo relativo de unirse asociado a tener entre 30 y 39 años es 10% mayor para las mujeres en comparación con aquellas de 20 a 29 años de edad Esto significa que las jóvenes están postergando un poco más la unión, sin embargo los grupos de edad de 40 a 49 y 50 y más no son significativos para las mujeres. En el caso de hombres, la relación es inversa en comparación con las mujeres, ya que el riesgo de unión es menor si se pertenece a una generación mayor. El riesgo relativo asociado a tener entre 30 y 39 y entre 40 y 49 años es 80% menor; y si se tiene 50 y más años el riesgo es 70% menor en comparación con el grupo de 20 a 29 años.

Respecto a la pregunta ¿La postergación de la unión está asociada con un mayor nivel de escolaridad; estos factores operan diferencialmente para los hombres y las mujeres? Los resultados muestran que contar con mayores niveles de escolaridad representa un menor riesgo de unión en comparación con quienes solo tienen hasta primaria completa o menos. Aunque tener entre uno y tres años de secundaria no resultó significativo para los hombres, ya que en su caso la diferencia la marca la preparatoria o una mayor escolaridad. Un varón que cuenta con uno a tres años de preparatoria postergará la unión 24.7% más que aquel que solo tiene hasta primaria completa. Por su parte, para una mujer tener de uno a tres años de secundaria sí marca una diferencia con respecto a quien solo tienen hasta primaria completa o menos, ya que las primeras se unirán 30.8% más tarde con respecto a las segundas; y, si cuenta con uno a tres años de preparatoria, se unirá 46.2% más tarde que una menos escolarizada. Finalmente si una mujer tiene un año de educación profesional o más se unirá 65.5% más tarde. Hay que destacar que, conforme aumenta el nivel de escolaridad, los sectores urbanos asignan una mayor prioridad a la obtención de ciertos niveles educativos y, por lo tanto, ocurre el retraso en el cumplimiento de eventos demográficos tales como la unión. Esto se aproxima a las afirmaciones acerca de que en el contexto urbano mexi-

cano, se están presentando, de forma incipiente, algunos rasgos de la segunda transición demográfica, con sus respectivas diferencias de género.

Por último, pudimos observar el efecto de haber estado embarazada al momento de la unión. Este hecho aumenta el riesgo de unión para ambos sexos, pero la intensidad es mayor para los hombres. Una mujer embarazada al momento de unirse, se une 20% más rápido que aquella que no estaba embarazada cuando se unió; y un varón, cuya pareja estaba embarazada, se une 50% más rápido que aquel que aún no esperaba un hijo al momento de unirse.

Finalmente, sería interesante, en una próxima investigación sobre este mismo tema, indagar además el efecto del uso de anticonceptivos como herramienta para la disociación entre la vida sexual y conyugal en México, ya que, como afirman algunos autores, la autonomía entre la vida sexual y reproductiva gracias a la tecnología anticonceptiva permitió a los jóvenes modificar el calendario de inicio de la vida sexual e implicó una postergación de la edad al casarse. En el momento en que la relación sexual no implica un embarazo, el matrimonio deja de ser el hito de la iniciación sexual para las mujeres y el marco de protección frente al probable embarazo extramarital. Para comprobar dichas hipótesis, la información más adecuada para hacerlo sería aquella que proporcione la historia anticonceptiva de los individuos desde el momento en que comenzaron su uso. Hasta el momento, no contamos con este tipo de información.

Notas

[1] Entre las mujeres de este grupo de edad, sólo el 9.3% había tenido la primera relación sexual y sólo 6.9% de ellas había estado alguna vez unida. Entre los hombres de esta misma edad, el 20% ya había tenido al menos una relación sexual y sólo 4% de ellos había experimentado alguna unión conyugal. (Cuadro 3).

[2] Además, no se cuenta con información sobre la edad a la primera unión de 30% de la población de 50 años y más y en cerca de 10% de los casos la primera relación sexual sucedió al interior de la unión conyugal.

Bibliografía

BONGAARTS, J. (1982), "Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad", en: *Ensayos sobre población y desarrollo*, núm. 3, Corporación Centro Regional de Población y The Population Council.

CHACKIEL, J, Y J. Martínez (1993), "Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950", en: *La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe*, *IV Conferencia Latinoamericana de Población,* México, INEGI-IISUNAM vol. I, 1a parte, marzo.

CONAPO, (1999). La situación demográfica de México, 1999, Conapo, México.

COX, D. R. (1972), "Regression Models and Life Tables (with Discussion)", Journal of the Royal Statistical Society, Series B 34:187-220.

DE BARBIERI, T. (1992), "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, Fin de siglo núm. 17,

DAVIS, K. y Blake, J. (1967), "La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico", en: *Factores Sociológicos de la Fecundidad*, CELADE, Naciones Unidas, Universidad de Chile. Gráfica Panamericana, México, D.F.

GARCÍA y Rojas, (2002), "Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina", en: *Papeles de Población*, núm. 32, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

GERMANI, G. (1968), "Sociología de la Moral. La sociología y el problema de la vida moral", en: T. Parsons et al. *Sociología de la religión y la moral*, Paidós, Buenos Aires.

GÓMEZ DE LEÓN, J. (1996), Fecundidad y anticoncepción, en: *DEMOS*, núm. 9, p.8-10, IISUNAM, México

HAJNAL, J. (1965). "EUROPEAN MARRIAGE PATTERNS IN PERSPECTIVE", IN GLASS, D.V. EN: EVERSLEY, D.E.C. (ed.), *Population in History*, Londres, Edward Arnold: 101-143.

INEGI, Estadísticas de Nupcialidad, Consulta interactiva de datos en internet: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/bd/nupcialidad/Matrimonios.asp?s=est&c=12239

JUÁREZ, F. (1984), "Examen crítico de la técnica de tablas de vida en las tendencias sobre fecundidad: el caso de México" en *Demografía y Economía*, vol. 18, no. 3 (59), p. 287, El Colegio de México, Centro de Estudios Económicos y Demográficos, México.

JUÁREZ, F. Cosío, M. y Quilodrán, J. (1996), *Nuevas Pautas Reproductivas En México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México.

JUÁREZ, F. y J. Quilodrán, (1990), "Mujeres pioneras en el cambio reproductivo en México", en: *Revista Mexicana de Sociología*, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México.

LESTHAEGHE, R. (1995), "The second demographic transition in Western countries: an interpretation", en: K. O. Mason and An-M. Jesen (eds.), *Gender and family change in industrialized countries*, Clarendon Press, Oxford.

LESTHAEGHE R. y K. Neels (2002), "From the First to the Second Demographic Transition - An Interpretation of the Spatial Continuity of Demographic Innovation in France, Belgium and Switzerland", *European Journal of Population*, vol. 18(4): 225-260.

LESTHAEGHE, r. y J. Surkyn (2002), "New Forms of Household Formation in Central and Eastern Europe – Are they Related to Newly Emerging Value Orientations?", IPD Working Paper 2002-2, Interface Demography, VU Brussel.

MIER Y TERÁN, M. (1993), "Trayectoria de vida de las mujeres jóvenes en México", IV Conferencia Latinoamericana de Población. La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe, CELADE, SOMEDE, UNAM. ABEP, PROLAP, IUSSP, México D.F.

NOTESTEIN, F.W. (1945), *International Population Readjustments*, Princeton University. Princeton.

Quilodrán, J. (2003), "Efecto de la transición demográfica sobre la formación familiar", en: *Papeles de Población*, Núm. 37, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

QUILODRÁN, J. (2001), *Un siglo de matrimonio en México*, El Colegio de México, México.

QUILODRÁN, J. (2000), "Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio", en: *Papeles de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 25, México.

QUILODRÁN, J. (1999), "L'union libre en Amérique Latine: Aspects Récents d'un Phenomene Seculaire", dans Cahiers Quebecois de Demographie, vol. 28, núm. 1-2.

QUILODRÁN, J. (1998), Le Mariage Au Mexique: evolution Nationale Et Typologie Regionale, Academia-Bruylant.

QUILODRÁN, J. (1991), Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México, El Colegio de México, México.

QUILODRÁN, J. (1989), "México: diferencias de nupcialidad por regiones y tamaños", en: Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 4, núm. 3(12), p.595-613.

QUILODRÁN, J. (1985), "Modalités de la Formation et Evolution des Unions en Amérique Latine", dans IUSSP, International Population Conference, Lieja.

SEGALEN, M. (1998), *Antropología histórica de la familia*, Taurus Ediciones, S.A.-Grupo Santillana, España.

UNFPA, 2003, *El estado de la población mundial*, en internet: http://www.unfpa.org/swp/2003/swpmain_spa.htm.

VALDÉS, L. (2000), *Población: reto del tercer milenio*, UNAM-Coordinación de Humanidades, México.

VAN DE KAA D. (1997) "Narraciones ancladas: historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes de la fecundidad", en *Notas de Población,* núm. 66, p. 9-85.

VAN DE KAA, D. (1987), "Europe's second demographic transition", en: *Population Bulletin*, vol. 42, Núm. 1, Washington, D.C.

WATKINS, S. (1993), "If All We Knew about Women Was What We Read in Demography, What Would We Know?", en: *Demography* , vol. 30, no. 4.

WELTI, C. (1997), "Cambios en la fecundidad", en: *DEMOS*, núm. 10, p. 16-18, IISUNAM, México.

Parte V

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POBLACIÓN INDÍGENA EN LATINOAMÉRICA

INTERCULTURALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES INDÍGENAS Y PRÁCTICAS DE SALUD EN EL HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO", ECUADOR

Lilia Rodríguez[1]

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. De hecho, en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, particularmente de las mujeres indígenas, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud. Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas.

Los estudios demográficos y de salud materna han avanzado en obtener información sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños y complementariamente conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva y otros temas de interés. La calidad de información obtenida a través de estos estudios, puede enriquecerse, complementando estudios cualitativos, que aborden aspectos no considerados en los estudios demográficos, como los aspectos sociales y culturales que son determinantes en la salud, en particular en los países andinos.

¿Por qué un alto porcentaje de mujeres indígenas de Otavalo no ocupan los servicios del hospital "San Luis"? y ¿por qué persisten las brechas[2] relacionadas con sus funciones reproductivas? Fueron interrogantes que a lo largo de mi trabajo como especialista en temas de género y salud en el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA en Ecuador, me motivaron a realizar este estudio. El interés personal de este trabajo coincidente con el interés institucional de UNFPA fue indagar sobre las causas más profundas que explican la falta de acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud pública y que tienen relación con la persistencia de las brechas ya señaladas.

La ampliación de la cobertura de salud sigue siendo un reto, especialmente hacia la población indígena[3]. Estrategias centradas en la provisión de hospitales, centros médicos, personal de salud, siendo importantes, no son suficientes. Junto a factores como distancia geográfica, la pobreza, el nivel de educación, inciden otros factores, menos evidentes, menos estudiados y por ello menos atendidos en la estrategia de acercar los servicios de salud pública a la población indígena, como son los aspectos culturales.

Por aspectos culturales de la salud entiendo los discursos y las prácticas que diferentes actores de una comunidad poseen en relación a la salud y la enfermedad y que explican su comportamiento ante las enfermedades, ante las terapias, ante las instituciones de salud y sus agentes. La cultura, ese dinámico conjunto de creencias, conocimientos, saberes y prácticas que se transmiten entre generaciones, es una de las dimensiones menos trabajadas en las políticas y programas de salud en Ecuador. Se podría afirmar que las políticas de salud siguen siendo monoculturales, homogeneizantes, pese al reconocimiento constitucional de que el país es intercultural y plurinacional.[4]

La intención de este trabajo fue conocer los puntos de encuentro y desencuentro entre las percepciones y prácticas de salud las mujeres indígenas y las concepciones y prácticas del personal de salud sobre el proceso reproductivo, partiendo de que se trata del encuentro y desencuentro de dos culturas que tienen visiones, concepciones y prácticas diferentes sobre la salud/enfermedad, pese a lo cual interactúan permanentemente. Pretendimos en este trabajo conocer cuáles son las percepciones, conocimientos y prácticas de las mujeres indígenas sobre el embarazo, parto, postparto, planificación familiar y violencia de género que expliquen el uso o no uso de los servicios de salud ofertados por el hospital. Igualmente nos propusimos indagar sobre los conceptos y prácticas del personal de salud, formado en una concepción de la medicina occidental y cómo éstos resultan o no adecuados para garantizar servicios de calidad a las mujeres indígenas.

La calidad de los servicios incluye atención a los aspectos culturales incorporando la los conocimientos y percepciones de los/as usua-

rios/as de los servicios. Este aspecto es especialmente importante cuando de la salud reproductiva se trata. La persistencia de enfermedad y muerte materna[5] relacionada con las funciones reproductivas de las mujeres (embarazo, parto y posparto), cuestiona la eficacia de los sistemas de salud y los avances de la ciencia, y coloca nuevos retos en la organización de los servicios de salud pública.

En el sistema de salud entendido "como un conjunto coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva" (Alarcón et.al 2003) se expresa un modelo monocultural que corresponde a la visión etnocéntrica[6] de la salud y de la medicina, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de los/as usuarios/as indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, al contrario la cultura es dinámica, por lo que tanto la biomedicina como la medicina tradicional indígena experimentan transformaciones.

Las mujeres indígenas de Otavalo, por razones asociadas a edad, educación, experiencia personal o de familiares con la migración, vivienda urbana/rural consideran el acceso a la salud y educación, como ventajas del mundo moderno, acceso que empieza a reconocerse como un derecho. Este derecho sin embargo no se ejerce, debido a varios factores no solo de tipo económico, distancia geográfica, falta de tiempo, costos, miedo, sino también culturales, relacionados con las diferencias entre sus percepciones y prácticas sobre la salud y el proceso reproductivo y las de las instituciones de salud. El desconocimiento de los prestadores de salud, sobre los factores culturales, produce un desencuentro entre la oferta y la demanda que tiene impacto en la cobertura y calidad de los servicios.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar las percepciones, conocimientos, prácticas, expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género, y la forma cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, en el sistema de salud o fuera de él.

Metodología

El estudio se realizó entre junio 2007 y mayo 2008 y combinó instrumentos cuantitativos y cualitativos. El instrumento cuantitativo fue la aplicación de una encuesta a usuarias de servicios y al personal de salud realizada por una ONG[7] especializada en levantamiento de información. La información cualitativa la obtuvimos mediante entrevistas a profundidad a usuarias de los servicios, observación participante, entrevistas semi-estructuradas al personal del hospital, grupos focales con parteras del cantón y con usuarias de servicios. Esta fase se realizó entre abril y octubre del 2007 en un proceso de acompañamiento en reuniones con el director y personal del hospital, Municipio y Jambi Huasi. Si bien, un alto porcentaje de mujeres indígenas son bilingües Kichwa/Castellano y de manera general, no tuve dificultades en la comunicación, sí pude sentir limitaciones para una mejor comprensión de los diálogos espontáneos y las conversaciones y risas que en ocasiones mis preguntas generaban. La observación participante se realizó en varias visitas al Hospital y conversaciones con el personal durante diferentes turnos. El diálogo con el personal del hospital fue difícil al inicio, especialmente con médicos y enfermeras que tenían desconfianza de preguntas de una persona extraña que indagaban más allá de aspectos técnicos, sobre concepciones personales que tocaban temas como racismo, discriminación, respeto por las culturas, entre otros temas. Igualmente se obtuvo información en los talleres y reuniones que se realizó con el personal para analizar la información proveniente de la encuesta a usuarias. Un taller especialmente importante fue el realizado con participación del personal de salud y parteras del cantón en el que se expresaron las reservas, temores, desconfianza mutua, así como se identificó posibilidades de cooperación. .

Contexto

El cantón Otavalo se encuentra a 90 Km. de Quito y cuenta con una población de 104.119 habitantes en el 2007. La ciudad de Otavalo alcanza a 50.980 habitantes, de los cuales el 52% es indígena y el 48% mestiza[8].

El área de salud No. 4 Otavalo tiene además de un hospital cantonal, diez subcentros y tres puestos de salud y la Casa de la Salud "Jambi Huasi", iniciativa nacida de la Federación Campesina e indígena de Imbabura, FICI en 1984, buscando la articulación y complementariedad de los sistemas de salud indígena y occidental.

El cantón Otavalo está calificado como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, considerándose una de las causas "la brecha cultural existente entre la concepción de atención de salud de la población indígena para el cuidado del embrazo, el parto, el postparto, la atención

del recién nacido, que es distinta a la que se maneja en los servicios estatales de salud."

El hospital "San Luis de Otavalo"

El hospital se creó en 1953, de acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud Pública, este hospital está catalogado como cantonal, con una capacidad de 75 camas para atender cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía, cuenta además con traumatología y cirugía plástica.

La modalidad de atención es curativa. La misión del hospital dice lo siguiente:

> *"El área de salud · 4 Hospital San Luis Otavalo, propicia servicios de salud oportunos e integrales con calidad, calidez, eficacia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa"*

El hospital opera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuenta con 230 empleados y trabajadores, de los cuales 125 son empleados y profesionales, amparados bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, 105 trabajadores regidos por el Código del Trabajo. La disponibilidad de 24 horas la cubren 3 médicos, 4 enfermeras y un chofer de ambulancia.

A partir de marzo del 2007, por primera ocasión el Hospital cuenta con un Director indígena, además hay 8 funcionarios indígenas que cumplen trabajos en el área de servicios. El resto del personal es mestizo.

Marco de análisis

La manera en que los seres humanos perciben su entorno físico, social, y la forma como viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura. La cultura es una manera de codificar la realidad. La salud como producto físico y social responde también a códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura.

El conocimiento, es decir la forma como los seres humanos perciben, entienden y organizan sus respuestas al entorno, está condicionado por la cultura. Las diferencias en la percepción y en el conocimiento, en la cultura occidental fueron consideradas desviaciones, incapacidad y argumento de inferioridad de las "otras culturas".

Sin embargo, esta dicotomía entre una lógica primitiva atrasada, "subdesarrollada" y una lógica moderna "desarrollada" ha estado presente

a lo largo de los últimos 60 años en el discurso del desarrollo. Escobar (1996) argumenta cómo se ha realizado un tipo de "colonización de la realidad", por la cual, "ciertas representaciones se vuelven dominantes y dan forma indeleble a los modos de imaginar la realidad e interactuar con ella". Siguiendo a Foucault (1979) el discurso del desarrollo construye el sujeto colonial/tercermundista y niega las diferencias raciales/culturales e históricas.

En el sistema de salud se expresa un modelo monocultural que corresponde a la visión etnocéntrica[9] de la salud y de la medicina, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de las mujeres indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, tanto el personal de salud como la población indígena se influyen recíprocamente.

La modernización con su promesa de ciencia y tecnología y el desarrollo visto como un proceso gradual y evolutivo fueron el escenario para el surgimiento de un discurso de la salud, donde los valores culturales modernos debían superar las prácticas tradicionales y los conocimientos ancestrales presentes en las comunidades del Tercer Mundo. "*El etnocentrismo y el patriarcado influyeron en la forma que tomó el desarrollo. Las poblaciones indígenas tenían que ser "modernizadas", y aquí la modernización significaba la adopción de los valores "correctos", es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en el idea del europeo culto"* (Escobar 1996, 92)

Este discurso del desarrollo en el campo de la salud, determina quién y cómo habla, qué es legítimo y qué no, quién tiene autoridad y quien no para hablar de la salud; este discurso requiere además de instituciones, profesionales y expertos que puedan aplicar el enfoque moderno de la salud. Los discursos sobre salud se expandieron no solo a los Ministerios de Salud, hospitales y centros de atención, sino a las universidades y centros académicos donde éstos se producen, registran y legitiman. La institucionalización necesitaba además profesionales capaces de generar y reproducir el discurso moderno de la salud.

Este es el contexto en que se genera el modelo biomédico en salud, como "un modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención" (Caramés García 2004, 35). Este modelo pretende entender la salud como un proceso biológico, un "hecho sanitario" desligado de la realidad social, cultural, política, económica que la rodea. El modelo biomédico esconde junto con la desigualdad social, la desigualdad de género,

la desigualdad étnica y las presenta como productos "naturales" propios de los individuos, disociados de su realidad social y de sus relaciones.

La crítica al "modelo biomédico" incluye también la crítica a la epistemología, a una forma de conocer, de hacer ciencia desde el positivismo, donde los datos cuantitativos, la evidencia se constituye en el único referente de verdad desde una pretendida objetividad que asume ser neutra. Este "modelo biomédico" se nutre del determinismo biológico que explica las diferencias sociales, las jerarquías y la desigualdad a partir de la "naturaleza humana". Igualmente, el modelo se construye a partir de las nociones de progreso y modernidad, del desarrollo científico y tecnológico donde la universalidad trató de borrar cualquier diferencia cultural o social. El carácter uniformizante del progreso conlleva relaciones de dominación y de colonización de unos grupos, de unos pueblos, de unos individuos sobre otros.

El poder en la salud

Una sociedad no existe en el vacío sino en medio de relaciones entre seres humanos, atravesadas por el poder. ¿Qué es el poder? Según Foucault (1992) es una fuerza y es una relación de fuerzas. Si es una relación, nadie escapa al poder, todos estamos insertos en ellas. Las relaciones de poder atraviesan todos los espacios, los públicos y privados, la política y la vida cotidiana, las relaciones de pareja, las instituciones, la generación de conocimientos y por supuesto la salud. El poder se relaciona con las jerarquías que se establecen entre aquellos que poseen un conocimiento legitimado sobre aquellos que tienen otro tipo de conocimiento, no reconocido como legítimo. En el establecimiento de saberes legitimados el lenguaje biomédico no es técnico ni es neutro, el lenguaje construye realidades, los discursos trazan las líneas maestras de políticas y por supuesto de las instituciones de salud.

En el modelo biomédico el conocimiento especializado goza de prestigio, validez y reconocimiento científico, es decir tiene autoridad de verdad, pero además "tiene el poder de hacerse él mismo verdadero. Todo conocimiento, una vez aplicado en el mundo real, tiene efectos reales y en ese sentido al menos, "se vuelve verdadero" (Hall 2002: pp31)

> *"La verdad no está por fuera del poder…la verdad es una cosa de este mundo, es producida solo en virtud de múltiples formas de construcción. E induce efectos para regular el poder. Cada sociedad tiene sus regímenes de verdad, sus políticas generales de verdad" (Foucault 1980, 131)*

Foucault (1980) analizó la relación entre conocimiento y poder y la forma como éste opera dentro de las instituciones, en sus regulaciones, leyes, medidas administrativas, organización de servicios, disposiciones y

más entramado institucional. El conocimiento no opera en el vacío, por el contrario, está inserto en contextos históricos precisos y en instituciones concretas que se encargan de dar legitimidad, propagar el conocimiento elevado al estatus de verdad.

En la construcción del modelo biomédico, el discurso cumple un papel central como legitimador de una determinada práctica institucional. Siguiendo a Foucault el conocimiento no es solo una forma de poder sino también hay que analizarlo en la forma de su aplicación y en efectividad. "El discurso produce objetos de conocimiento" y nada existe fuera del discurso. Es éste el que da sentido a las cosas. De allí que temas como salud, sexualidad, reproducción, salud de las mujeres, existen en el contexto de los discursos sobre ellos, es decir, existen y se entienden en su contexto histórico que los produce.

Cuerpo y sexualidad

La filosofía cartesiana al separar naturaleza y cultura, separó también el cuerpo y la mente, la razón y el mundo. El hombre de Descartes eleva el pensamiento al mismo tiempo que denigra el cuerpo. "El proyecto de la modernidad formulado por los filósofos del iluminismo en el siglo XVIII se basaba en el desarrollo de una ciencia objetiva, una moral universal, y una ley y un arte autónomos y regulados por lógicas propias."(Lander 1993,16).

El cuerpo es una construcción simbólica, es el resultado de una construcción social y cultural (Le Breton 1990,13). En la sociedad occidental, el cuerpo es un factor de individuación. En el siglo XVII, el advenimiento de la filosofía mecanicista, comparó el cuerpo humano a una máquina, según Descartes "Como un reloj compuesto por ruedas y contrapesos...considero al cuerpo del hombre". (Sexta meditación). "El hombre de Descartes es un collage en el que conviven un alma que adquiere sentido al pensar, y un cuerpo, o más bien una máquina corporal, reductible sólo a su extensión" (Le Breton 1990,69). Este modelo separó el cuerpo y la mente. El cuerpo era la materia, y la mente el pensamiento y el espíritu basado en Dios. "*Esta concepción del cuerpo humano propició el desarrollo de las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar la enfermedad con una idea mecanicista, ajena a la integridad biopsicosocial del ser humano*" (Caramés García 2006, 37)

Los cuerpos no son productos biológicos, la sociedad construye las nociones del cuerpo y la sexualidad en estrecha relación con el género, etnia y generación. Los cuerpos de hombres y mujeres tienen distinta simbología, valoración social, diversas formas de disciplinamiento y control. Las formas de control son distintas si se trata de hombres o mujeres, a lo largo del ciclo vital, si son indígenas o afrodescendientes, urbanos o rurales.

El dominio del cuerpo de las mujeres se expresa en la identidad "cuerpo que vive para otros/as" (Basaglia 1983, citado por Lagarde 1994), el sentido de la existencia de las mujeres está atado a normas que regulan su sexualidad, capacidad reproductora, erotismo, salud.

Cada grupo social construye nociones de cuerpo y sexualidad. En las sociedades andinas de tipo comunitario, el cuerpo no existe como elemento de individuación. El cuerpo no está separado del universo ni de los dioses, sino que conforman una unidad. Por ello la salud, no se refiere únicamente al estado físico sino al conjunto de factores sociales, afectivos, ambientales, espirituales que determinan la armonía interna y externa, individual y comunitaria.

El racionalismo se impone como criterio de conocimiento, el saber se convierte en área de especialistas, y el saber biomédico sustituye a los saberes ancestrales y a las tradiciones. Hablar del cuerpo en la cultura occidental, remite a representaciones de la anatomía y fisiología. La enfermedad se explica a partir de la alteración biológica por lo que la medicina busca restablecer la salud, a través de fármacos. Los aspectos sociales detrás de la enfermedad se vuelven invisibles.

"*El saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida, del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna*" (David Le Breton 1990). Este conocimiento del cuerpo en occidente sin embargo es superficial y fragmentado en la mayoría de personas, el cuerpo humano es territorio de especialistas médicos, y esta situación determina la relación médico-paciente, caracterizada por ser "asimétrica, paternalista y autoritaria"(Caramés García 2006, 41)

El sesgo de género en la salud

El etnocentrismo y el patriarcado reforzaron el modelo biomédico y el sesgo sexista en las ciencias de la salud. El feminismo develó las relaciones de poder y las jerarquías que se establecen en base a las diferencias sexuales y culturales de hombres y mujeres y que se reproducen en las instituciones que reproducen, enseñan, difunden, vigilan y controlan el orden de género.

La salud de las mujeres no se explica por la biología, sino por la posición social, roles, identidad sexual, valores y normas que estructuran los significados del ser hombre y ser mujer. Lo masculino y femenino son construcciones culturales que varían de cultura a cultura y que asignan los papeles sexuales. La dominación genérica sobre las mujeres está presente en los sistemas de salud que se encargan de reproducir formas de relación autoritaria y estereotipada. Históricamente los servicios de salud privilegiaron la función reproductiva de las mujeres en tanto madres y responsables del cuidado de otros. Cuidar de la familia implica preocupación

por la alimentación e higiene, por lo que la perspectiva higienista en la salud que se desarrolló a principios del siglo XX, puso en ellas la responsabilidad del cuidado de los hábitos y costumbres familiares, el cuidado de los niños, la planificación familiar. Son las mujeres quienes de manera general, asumen el cuidado de los miembros de la familia, como una responsabilidad inherente al ser mujer. Es así que los programas materno infantiles que se desarrollan en los Ministerios de Salud, tengan a las mujeres como principales protagonistas y responsables del cuidado de la salud, sobre todo de sus hijos. Ellas deben acompañar la alimentación, vacunación, vigilancia de crecimiento, la planificación familiar, cuidado de enfermos, ancianos, el cuidado del agua, de la nutrición, etc.

La crítica al modelo biomédico desde las mujeres, incluyó las prácticas alrededor del embarazo, parto, postpartoposparto, procesos medicalizados en las que el cuerpo de las mujeres es manipulado por el personal de salud que es el que decide qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, generalmente sin que medie mayores explicaciones sobre dichos procesos. El protagonista es el médico, portador del conocimiento, quien tiene el poder de decisión, mientras que el/la paciente es objeto de estudio, de manipulación y de disciplinamiento por parte del médico. El proceso reproductivo está controlado en la medicina occidental por profesionales de la salud. En este contexto, el parto, se convierte en un hecho individual, solitario, controlado por los médicos, donde la opinión de las mujeres cuenta muy poco, especialmente en los servicios públicos de salud.

El develamiento del sesgo sexista en las ciencias de la salud, provino del feminismo desde donde se cuestionó el pensamiento androcéntrico y el considerar al hombre como la medida de lo humano. El feminismo incluyó la diferencia sexual como fuente de comprensión de la salud-enfermedad y colocó las relaciones entre los géneros caracterizadas por poder-subordinación, como factores explicativos a considerar en la salud de hombres y mujeres. El feminismo develó cómo a partir de la diferencia sexual se legitima la desigualdad, cómo se construyen culturalmente los papeles de hombres y mujeres y cómo esta división sexual del trabajo asegura la continuidad de la organización social. El feminismo cuestionó también el enfoque centrado en las mujeres en tanto madres, y el desconocimiento de sus necesidades de salud a lo largo del ciclo vital y no solo en la edad reproductiva. Otra crítica presente es que el modelo biomédico se centró exclusivamente en las mujeres, dejando fuera la responsabilidad y participación de los hombres en el proceso reproductivo.(Rodríguez 2006, 205).

La subordinación por género sin embargo, no explica por sí misma por ejemplo, cómo junto a la diferencia sexual operan otros dispositivos de opresión y exclusión como la condición étnica, la edad, región, clase, país. De allí que, de la universalidad de la subordinación femenina se pasa a la deconstrucción de estas generalizaciones, para tratar de entender la

desigualdad de género, atravesada por otras desigualdades. En el campo de la salud, se trata de comprender la situación de la salud de las mujeres signada por determinantes de clase, edad, etnia, región, superando tanto las premisas esencialitas que explican el ser mujer por la biología y no por la construcción social y cultural, como las premisas universalistas que suponen una identidad común a todas las mujeres.

Para las mujeres indígenas, la desigualdad cultural y étnica junto con la de género y la pobreza, configuran factores de riesgo que tienen incidencia en todo el proceso reproductivo y que tienen especial relevancia a la hora de analizar la morbimortalidad materna.

El buen vivir: la salud de los pueblos indígenas

La salud y la enfermedad en la cosmovisión andina

La cosmovisión es la forma en que las personas interpretan el mundo en que viven, a través de las representaciones y creencias que se expresan en ritos. La cosmovisión se asocia al medio natural, a la variabilidad climática que influye en el desarrollo de una manera de ser, de sentir, de vivir y de ver el mundo que le rodea y que configura también un modo de concebir la vida.

Para la cosmovisión andina, el mundo es una totalidad viva, no existen partes separadas, todo está relacionado. La salud es el "estar bien" o Allicai, en equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra: el suelo, clima, agua, animales, plantas, seres humanos, deidades. El cosmos es la casa común de todos los seres vivos. El equilibrio y la salud están relacionados con los humanos, los espíritus y las fuerzas de la naturaleza. La curación o el restablecimiento de la salud, requiere de puentes (chakana) que pongan en contacto el macrocosmos y el microcosmos. Allí el rol de los terapeutas o Yachags es fundamental para diagnosticar y curar.

En la cosmovisión andina la salud y la enfermedad son opuestas y complementarias. La salud es el reflejo de la forma cómo viven los humanos, es el respeto a las leyes sociales, el equilibrio, armonía y reciprocidad. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y de la falta de respeto a las normas sociales, la ausencia de reciprocidad

Estermann (1998, 111) sostiene que los pueblos andinos indígenas tienen no solo su propia historia, sino también su filosofía[10], "pacha-sofía" es decir su forma de entender el mundo. La racionalidad andina se expresa en una serie de principios que son la base para la pacha-sofia, estos principios son: la relacionalidad, la correspondencia, la complementariedad y la reciprocidad.

El principio de la relacionalidad o principio holístico indica que todos los elementos que conforman la totalidad, están relacionados entre sí, todo está vinculado con todo. La correspondencia se refiere a la relación armoniosa entre el macrocosmos y microcosmos, entre lo que está arriba y abajo, la vida y la muerte (Yánez 2005). Igualmente el principio de la dualidad complementaria o Karywarmikay hace referencia a la presencia de un polo opuesto que implica la presencia del otro, los complementarios que no se contraponen. "Ningún ente y ninguna acción existe monádicamente, sino siempre en co-existencia con su complemento específico" Estermann (1998,126). La inclusión de los opuestos complementarios permite la coexistencia de partes contrarias y complementarias expresadas en una tercera entidad que es el todo.

El principio de reciprocidad o Ayni se refiere al intercambio de dones o favores que son los que permiten vivir en completo equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. "primero hay que dar, para recibir", marca los tiempos y espacios indígenas a la vez que da vida al aprendizaje y al intercambio de saberes. El principio de la reciprocidad se expresa en que "a cada acto corresponde como contribución complementaria, un acto recíproco. Este principio se aplica no solo a las relaciones humanas sino a la naturaleza y a las relaciones entre los seres humanos y la divinidad. "La ética no es un asunto limitado al ser humano y su actuar, sino que tiene dimensiones cósmicas" Estermann (1998,132)

Esta breve descripción de los principios del pensamiento indígena y su aplicación a la salud, muestran que el bienestar y la salud son el reflejo del equilibrio con la naturaleza donde la intermediación del mundo de creencias y la percepción de la realidad están presentes. La salud y enfermedad no son hechos aislados, ni se relacionan únicamente con los aspectos biológicos. El cosmos, la naturaleza, así como los seres humanos pueden estar sanos o enfermos.

En los pueblos indígenas la salud y enfermedad deben ser entendidas de manera contextual, donde lo individual está unido a lo colectivo y social, donde el cuerpo no puede ser analizado solo desde su materialidad y donde el desequilibrio que afecta a los diferentes ámbitos de la vida, sean naturales, sociales, espirituales o divinos, debe ser restaurado en su multidimensión física, espiritual y cósmica.

La salud representa la capacidad de trabajo, de sentirse feliz, alegre, en paz con la familia, en armonía con su entorno natural o humano. Las enfermedades, ya sean físicas, emocionales o mentales pueden tener origen en factores naturales y sobrenaturales y en la trasgresión de leyes divinas. La causalidad sobrenatural hace que se acuda a la virgen y los santos como intermediarios ante Dios para curar las enfermedades. Las parteras de Otavalo se refieren a la Virgen del Quinche, a la Virgen de Las Lajas como sus patronas. "*Yo solo soy su oficial*" (partera), es decir la ejecutante de la voluntad divina.

Sin embargo, la cosmovisión andina indígena hay que entenderla como producto cultural, y por tanto ha recibido influencias culturales de distinto origen. García Canclini insiste en la dificultad de reconocer lo que es propio de lo ajeno. En este punto es necesario remitirnos a los procesos de aculturación[11] en que vivimos y que se aceleran en el contexto de la rápida urbanización y las migraciones. Foster (1913) a partir de sus estudios sobre el proceso colonial en América concluye que:

"España impuso en la conquista a los indios su cultura que llegando a América como una fuerza de aculturación, produjo la civilización hispanoamericana. Pero como dos sistemas culturales nunca se ponen en pleno contacto, hay un doble proceso de tamización o criba, por el cual sólo una parte de la cultura donadora llega a la receptora y solo una parte de la cultura que llega es aceptada, con lo que la cultura receptora conserva muchos rasgos del patrimonio original."

Aplicado a la salud, el análisis de los procesos de aculturación explicaría la persistencia de prácticas de salud propias de los sistemas andinos, pese a la imposición del paradigma biomédico occidental a través de los servicios de salud pública. Estas prácticas que no son exclusivas del mundo indígena, sino que también están presentes en el mundo mestizo urbano van desde la explicación de las causas de la enfermedad, los métodos de detección, los procedimientos terapéuticos que combinan medicina alopática. Rituales y símbolos hasta la forma de relación entre el paciente y el sistema de salud y la responsabilidad social/comunitaria frente a ella.

A diferencia de la medicina occidental, la cosmovisión indígena andina privilegia un enfoque comunitario y no individual para atender la salud. Empezando por la familia, la familia ampliada, los vecinos, la comunidad que cumplen diferentes roles para ayudar a restaurar el equilibrio y la salud. El comportamiento inadecuado puede tener repercusiones en el cuerpo individual y social, pues todo está relacionado.

Principales hallazgos del estudio

"Yo voy a dar a luz aquí en el hospital, me da miedo en la casa…vaya a pasar algo…para algo ha de servir el hospital" (usuaria indígena del hospital)

"A las 5:50 de la mañana salí para venir al hospital, lejos es.... pero quiero que me vea el doctorcito" (usuaria indígena del hospital)

La demanda por los servicios del hospital por parte de mujeres indígenas no significa el abandono de sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acce-

der a servicios públicos de buena calidad, perviven sus prácticas propias en salud. Consultar al médico y a la partera, usar hierbas medicinales y comprar medicamentos, hacerse el eco en el hospital y preguntar a la partera sobre la posición del bebé, si será hombre o mujer, hacerse un control prenatal y hacerse una limpia de cuy o de huevo con la mama partera o el yachag para alejar las malas energías, son todas prácticas incorporadas en la vida cotidiana de las mujeres indígenas de Otavalo, que dan cuenta de las transformaciones culturales que se operan junto a procesos de afirmación identitaria.

De igual manera, las mujeres mestizas acuden al " Jambi Huasi"[12] (Casa de la Salud) donde se ofrece medicina occidental y medicina indígena. Si al inicio este servicio se pensó como un servicio para la población indígena excluida del sistema de salud, en la actualidad, los servicios de Jambi Huasi son demandados por indígenas y mestizos. Es común que la población mestiza acuda en busca de servicios relacionados especialmente con la "cura de espanto"[13], "cura del mal aire"[14], "limpia de cuy" "limpia con huevos".

La afirmación identitaria de Otavalo se expresa actualmente en el gobierno local, el Municipio que ha emprendido políticas para preservar y afirmar las tradiciones culturales sin cerrarse al diálogo con los "otros" con los mestizos. El orgullo de ser "otavalo", de valorar su lengua, vestido, tradiciones, fiestas, su cultura es una fuerza que está cambiando también la actitud frente a los servicios del Estado. El contar con un alcalde indígena[15] que ha incorporado la interculturalidad en su discurso y su gestión frente al Municipio, y en los dos últimos años, un indígena director del hospital cantonal son incentivos para que la población indígena haya empezado a demandar servicios de buena calidad, incluidos los servicios del Hospital San Luis de Otavalo.

"Otavalo es un cantón intercultural sin políticas de salud interculturales" (médico hospital San Luis)

Esta afirmación de uno de los médicos mestizos del hospital "San Luis" de Otavalo, durante las entrevistas que realicé en el transcurso de este estudio, fue una alerta para indagar cómo sería una política de salud intercultural adecuada en Otavalo, si sería factible construir un modelo propio intercultural de salud reproductiva, considerando las dificultades del Hospital San Luis, para captar al cien por ciento de mujeres indígenas en edad fértil, a las embarazadas e incrementar el parto institucional y/ o con atención profesional.

El conocimiento del personal de salud sobre la cultura indígena es limitado a algunas ideas generales sobre costumbres de las mujeres indígenas en relación al parto. Quienes poseen alguna información son aquellos que por alguna razón de tipo profesional, por interés personal o por cumplir un requisito académico se han insertado en comunidades indígenas.

El personal de salud consultado sobre su conocimiento de la cultura indígena y de las prácticas de las mujeres en su proceso reproductivo, indicaron un mayor conocimiento con las costumbres durante el parto. Los conocimientos del personal de salud sobre la cultura indígena no solo son limitados sino que están imbuidos de prejuicios. En el campo de la salud se expresan no solo diferencias culturales sino relaciones de poder y desigualdad entre prestadores y las usuarias. El sistema de salud está representado por el personal, en su mayoría mestizos, que tienen su propia cultura y que desconocen la cultura indígena.

Pese a que un alto porcentaje de mujeres indígenas es bilingüe Kichwa/Castellano, (80%) ellas resienten que la comunicación en el hospital no sea en su propia lengua. Por su parte, el personal de salud desconoce en su gran mayoría el idioma Kichwa. Cuando el personal atiende a una mujer indígena, en su mayoría le dan instrucciones orales en idioma castellano. La entrega de instrucciones escritas en Castellano es limitada, debido al bajo nivel de escolaridad de las usuarias de servicios del hospital. En caso necesario, los profesionales acuden a traductores voluntarios que pueden ayudar eventualmente.

Los conocimientos del personal de salud sobre la cultura indígena no solo son limitados sino que están imbuidos de prejuicios. En el campo de la salud se expresan no solo diferencias culturales sino relaciones de poder y desigualdad entre prestadores y las usuarias. La forma de relación entre el personal de salud y las usuarias indígenas es en general paternalista y poco respetuosa, el tuteo es común, y el nombre es reemplazado por "hijita". Este tipo de trato según una de nuestras entrevistadas auxiliares de enfermería, muestra el "cariño" para las mujeres indígenas.

"¿qué te pasa hijita?"

"¿Entiendes, o quieres que te repita?"

"quítate la ropa, desvístete. ¿Te bañaste?"

Según algunos profesionales entrevistados, *"no existe discriminación en el hospital, a todos se les trata igual".* La impresión que tuve de este tipo de afirmaciones, fue de una defensa ante la posible crítica sobre trato discriminatorio a usuarias/os indígenas del hospital y a las quejas que las usuarias realizan sobre el maltrato que reciben de parte de algunos profesionales.

"Para mí no hay indígenas, mestizos ni negros, tratamos de aplicar lo que el Ministerio nos impone, igual para todos". (Médico)

La mayoría de los entrevistados del personal de salud reconoce que sí existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan

a los servicios del hospital, estas barreras están relacionadas con costumbres y creencias, resistencia usar servicios de salud, miedo, lengua en que se comunican. Las razones por las que no usan los servicios del hospital según el personal de salud, se debe al temor a ciertos procedimientos como el baño obligado, el desvestirse frente a extraños, el tacto vaginal, el rasurado, la posición ginecológica, la no posibilidad de ingreso de familiares o de las parteras. Se conoce además que el control prenatal se realiza de manera tardía

> *"Prefieren a la partera, no les gusta hacerse atender aquí" "No les gusta venir a los servicios por el maltrato, tiempo de espera, idioma y porque tienen más confianza con la partera" (opinión de una enfermera)*

Las mujeres indígenas entrevistadas señalaron sus temores y recelos para el uso del hospital, especialmente relacionadas con prácticas como el baño, la no entrada de familiares, la realización de tactos, la posición ginecológica durante el parto, entre otros aspectos. La evidencia muestra dos formas de entender y atender la salud reproductiva. Las diferencias se resumen a continuación:

Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones sobre la salud, que corresponden a diferentes culturas. Cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar, por lo que en un país multicultural como Ecuador, se necesita reconocer las prácticas culturales de los diferentes pueblos con relación a la salud. Las políticas públicas tienen el reto de integrar dichas prácticas en un concepto integral inclusivo de salud.

Dicho concepto integral de salud no se expresa en un modelo único de salud. Por el contrario, la heterogeneidad étnica y cultural del país demanda la construcción de modelos adecuados a dicha diversidad en el contexto de la atención primaria de salud y del sistema nacional y local de salud. La posibilidad de construir modelos interculturales de salud, pasa por la promoción del diálogo entre los prestadores de servicios tanto de la medicina occidental como de la medicina indígena, incluyendo a las parteras.

Resumen sobre brechas entre expectativas de las mujeres ya la práctica institucional respecto a la atencióon del parto

Brechas	Mujeres indígenas	Personal de salud
Lengua	Quieren que les hablen en su propia lengua, el Kichwa. Cuando se trata de temas sensibles como la salud, se sienten más cómodas expresándose en su propia lengua.	El personal en su mayoría no conoce el Kichwa. Para algunos el idioma debe ser el Castellano.
Información sobre procedimientos	Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre procedimientos y tampoco se les informa.	El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad.
Posición del parto	Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto. De preferencia quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomoden. En sus comunidades se practica el parto en posición vertical.	No preguntan porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal médico no sabe cómo hacerlo.
Ingreso de familiares	Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta.	Por razones de espacio y de que no es una clínica, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares.
Masajes	Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa a las expulsión	Esta práctica no está incluida en el servicio.
Presencia de la partera	Mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua. El ingreso de la partera sería un factor de positivo hacia el hospital	Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo. ¿Quién asumiría el pago del trabajo de la partera?
Manejo de la placenta	Una práctica tradicional es el entierro de la placenta.	Se deshecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue analizar las percepciones, conocimientos, prácticas expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo, con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género y la forma cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, en el sistema de salud o fuera de él.

El estudio quiso indagar sobre los factores que inciden en el acceso o no de las mujeres indígenas a los servicios públicos de salud reproductiva. Los resultados nos mostraron que se requiere un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud, que operan con lógicas distintas: a) una visión occidental que privilegia los as-

pectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural, b) una visión andina indígena que parte del principio "estar bien" "buen vivir" "Allicai" en equilibrio con la naturaleza, los otros humanos y los otros seres vivos. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y la falta de respeto a las normas sociales, la ausencia de reciprocidad. Existen una serie de principios: relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad que son bases de la racionalidad andina.

Los servicios públicos de salud están organizados bajo la concepción occidental para ofrecer servicios a una población homogénea: la mestiza. De allí que exista un desconocimiento del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres indígenas. Las brechas entre la oferta del hospital y la demanda de las mujeres indígenas se expresa en el lenguaje que se utiliza en los servicios y la realidad de mujeres Kichwa hablantes; en la forma de atención durante el embarazo, en la posición durante el parto que para las mujeres indígenas es la posición vertical en contraposición con la posición ginecológica que se ofrece en el hospital; en la participación o no de familiares, la presencia o no de la partera; el uso de hierbas medicinales, los masajes, entre otros.

El escaso conocimiento que tiene el personal de salud sobre la cultura andina indígena, constituye un obstáculo al mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital. Junto al escaso conocimiento existen también prejuicios respecto de las prácticas comunitarias que se consideran rezagos del atraso de los pueblos indígenas, a los que hay que llevar la modernidad.

La crítica al "desarrollo" y en este caso al "desarrollo de la salud", se fundamenta en que "el etnocentrismo y el patriarcado influyeron en la forma que tomó el desarrollo. Las poblaciones indígenas tenían que ser "modernizadas" y aquí la modernización significaba la adopción de valores "correctos" es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en el ideal del europeo culto" (Escobar 1996,92).

El estudio buscó también analizar la relación entre conocimiento y poder, el conocimiento del personal de salud, de médicos y enfermeras y el poder que este conocimiento otorga frente a mujeres con baja escolaridad, que hablan otra lengua, la mayoría pobres, que acuden a los servicios de salud y deben someterse a las reglas y normas del hospital. Los discursos oficiales y legítimos sobre la salud, están concentrados en el personal de salud. No obstante, los agentes de salud comunitarios tan comunes en Otavalo, como yachags, parteras, sobadores, limpiadores de cuy, hueseros, desarrollan otros discursos y otras prácticas que sin ser oficiales, tienen legitimidad en el mundo indígena. Así, mujeres mestizas e indígenas se hacen chequear con el médico y con la partera, se curan del

mal aire, se limpian de malas de energías y algunas deciden dar a luz en el hospital y otras en la casa.

La posibilidad de encuentro de prácticas de salud distintas es posible sobre la base de reconocimiento y respeto, partiendo de que la visión occidental de la salud no es la única, de que el país en que vivimos no es homogéneo, de que los saberes y prácticas de salud del mundo indígena tienen su propia filosofía y de que una forma distinta de conocer la realidad se hace necesaria a partir de reconocer y valorizar diversas formas de conocimiento, lo que Maritza Montero (citada por Lander 1993) llama "una pluralidad epistémica" que reconozca el carácter histórico, determinado, indefinido y relativo del conocimiento.

La interculturalidad en las políticas públicas y en particular las de salud, es una exigencia de la democracia. La exclusión y la discriminación son barreras al ejercicio de derechos. El acceso a la salud hoy por hoy limitada por barreras económicas, sociales y culturales evidencia brechas que deben ser cubiertas si se trata de extender la ciudadanía. Pero las políticas de salud asimilacionistas y homogeneizantes que promueven servicios de salud para todos, si consideración de las diferencias culturales, deben evolucionar hacia políticas interculturales que promuevan el diálogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia.

La generación de información desagregada que muestre las brechas de discriminación entre grupos étnicos, junto a estudios cualitativos que profundicen aspectos sociales y culturales que determinan el acceso a servicios públicos de salud, pueden contribuir a la formulación de políticas públicas que alienten la inclusión y el ejercicio de derechos de los grupos sociales excluidos.

Notas

[1] Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador, lrodriguez@unfpa.org. Este trabajo es parte de una investigación más amplia que realiza la autora en Ecuador. Sobre salud intercultural.

[2] Por brechas nos referimos a las diferencias que exhiben mujeres indígenas y no indígenas en indicadores como control prenatal, atención del parto institucional, control postparto, uso de métodos anticonceptivos, papanicolau, con clara desventaja hacia las mujeres indígenas.

[3] La atención institucional el parto a nivel nacional es de 74.7%, para las mujeres no indígenas alcanza a 80.2% y para las mujeres indígenas apenas llega a 30.1%

[4] La Constitución Política aprobada en septiembre del 2008 "garantiza las prácticas de salud ancestrales y alternativas mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos" (art. 363).

[5] La razón de muerte materna en Ecuador es de 73 mujeres por cien mil nacidos vivos. (Anuario de estadísticas vitales 1980-2006)

[6] El etnocentrismo en Antropología se refiere "al convencimiento de que las normas por las que se rige el propio comportamiento, las pautas culturales adquiri-

das por el individuo durante el proceso de enculturación, son las únicas posibles, las naturales, las mejores, las más bellas, y que todos cuantos exhiban otras apenas son dignos de ser llamados humanos: solo los que comparten aquellas normas gozan del privilegio de la humanidad, los que quedan en el exterior del grupo permanecen también fuera de ella" (diccionario de relaciones interculturales, 2007)7

[7] El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, CEPAR aplicó 320 encuestas a usuarias del Hospital "San Luis" de Otavalo. Personalmente apliqué 40 encuestas al personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) en junio del 2007

[8] El cantón Otavalo se compone de 9 parroquias. La Población se organiza en alrededor de 157 comunidades Kichwa, Otavalo.

[9] El etnocentrismo se refiere a actitud de juzgar otras culturas como inferiores a partir de sobrevalorar la propia.

[10] El autor sostiene que la filosofía intercultural surgida en los 90, se basa en dos experiencias fundamentales:1) la conciencia creciente de la condicionalidad cultural (culturo-centrismo) de la tradición dominante de la filosofía occidental y 2) las tendencias actuales, en si contradictorias del proceso acelerado de la globalización cultural por medio de una supercultura económica postmoderna por un lado, y el incremento de conflictos y guerras por razones étnicas y culturales por el otro lado (Estermann 1998, 30)

[11] El término fue utilizado por primera vez en 1880, por Mcgee quien se refería a la trasmisión de costumbres entre pueblos "de nivel inferior y de nivel superior". Redfield (1857-1958) sostuvo la teoría del cambio cultural para explicar los procesos se secularización, individuación y desorganización que según él caracterizan este cambio. Esta teoría fue rebatida particularmente por Oscar Lewis (1914-1982)

[12] El Jambi Huasi, es un servicio iniciado en 1984, por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura y que a partir de los noventa, ha recibido apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA como una iniciativa que ofrece alternativa a la población indígena excluida de los servicios públicos de salud.

[13] La cura del espanto, tiene su base en el concepto de dos almas en los seres humanos. La noción de la pérdida o robo del alma indica que la personalidad es divisible. El espanto o susto se produce por alguna impresión violenta en una persona que puede ser sensible y desarrollar reacciones psicosomáticas. "el apoyo recibido de parte del curandero, que recurre a maniobras y actos de índole terapéutico, provocan y permiten una reafirmación de la personalidad, contribuyen a la desaparición de los síntomas psicosomáticos", Cabieses 1993,159

[14] El mal aire tiene que ver con los espíritus que son traídos por el aire y pueden producir enfermedades. El mal aire viene acompañado de mareos, vómitos, dolor de cabeza, parálisis, cólicos. Cabieses 1993,159.

[15] Mario Conejo es el actual alcalde de Otavalo, re-electo por segundo período. El director del hospital es el Dr. José Terán, indígena formado como médico en la medicina occidental y con conocimientos y práctica de medicina indígena.

Bibliografía

ALARCÓN M, Ana et.al "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". Rev. Med. Chile v. 131 m.9 Santiago sep. 2003.

ALBÓ XAVIER (2004) "Interculturalidad y salud" en Gerardo Fernández (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina, Quito.

ALDERETE Ethel (Wara) (2004) Salud y Pueblos Indígenas. Ediciones Abya-Yala, Quito.

LE BRETON, David (1990) Antropología del cuerpo y modernidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

CAMPOS, Roberto (2004) "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina" en Gerardo Fernández (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina, Quito.

CARAMÉS García, Mayte (2004) "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica al modelo hegemónico vigente" en Gerardo Fernández (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina, Quito.

CONEJO, Myriam (2006) Sistematización de la experiencia de Jambi Huasi. Quito, Ecuador. FICI, JambiHuasi, UNFPA.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR 2008.

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA ENDEMAIN (2004) Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador. Quito. CEPAR.

ESCOBAR, Arturo (1998) La invención del Tercer Mundo. Editorial Norma, Colombia.

ESTERMANN, Josef 1998. Filosofía Andina. Estudio interecutural de la sabiduría autóctona andina. Ediciones Abya-yala, Quito, Ecuador.

FOUCAULT, Michel (1975) Vigilar y castigar, Editorial Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel (1980) Power/knowledge. Brigthon, Harvester.

FOUCAULT, Michel (2003) Historia de la Sexualidad. Siglo veintiuno. Buenos Aires, Argentina.

FOUCAULT, Michel (1992) Microfísica del poder. Las ediciones de La Piqueta, Madrid.

FOUCAULT, Michel (2005) El Orden del Discurso. TusQuets editores. Barcelona, España.

GARCÍA Canclini, Néstor (1990) Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. México.

HALL STUART (2002) El trabajo de la Representación. Instituto de Estudios Peruanos.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (2006) Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud Indígena y derechos humanos, San José, Costa Rica, ASDI, OPS

INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2003) Dirección nacional de salud de pueblos indígenas. Dirección nacional de educación intercultual bilingüe, Fondo de Población de naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Quito.

LAGARDE, Marcela 1994 "La regulación social del género: el género como filtro de poder" en Antología de la sexualidad humana, CONAPO, México.

LANDER, Edgardo (1993) La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas.www.aulaintercultural.org.

MICHAUX, Jacqueline 2004 "Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida" en Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Gerardo Fernández Juárez coordinador. Abya Yala Quito, Ecuador.

RODRÍGUEZ, Lilia (2006) "enfoque intercultural en salud sexual y reproductiva" en Enfoque intercultural y de género en salud materna. Jambihuasi, UNFPA, Ecuador.

RODRÍGUEZ, Lilia (2007)"La salud y los derechos sexuales y reproductivos" en La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas. Quito: OPS/MSP/CONASA).

YÁNEZ DEL POZO, José (2005) Allikai, La salud y la enfermedad desde la perspectiva indígena. Abya-Yala, Quito.

COMPORTAMENTO REPRODUTIVO DE POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. INTERFACE ENTRE A DEMOGRAFIA E A ANTROPOLOGIA

Heloisa Pagliaro[1]
Marta Azevedo[2]

Introdução

Desde os anos de 1500, quando diferentes estimativas contaram entre 800 mil e 5 milhões de índios no Brasil, até o inicio do século XX, a população indígena decresceu continuamente, reduzindo-se, em 1900, a cerca de 230 povos e 300 mil habitantes.

Na década de 1950, dois estudos que se consolidaram como clássicos da demografia indígena no Brasil (Ribeiro, 1956, 1957), avaliaram o impacto provocado pelas doenças infecciosas transmitidas aos povos indígenas durante as diferentes situações de contato com a sociedade envolvente e os efeitos causados em suas estruturas demográficas e sociais, prevendo a redução progressiva dessas populações ou a sua provável extinção. Para os anos de 1950, Ribeiro estimou que o número de habitantes das nações indígenas situava-se, aproximadamente, entre 67 e 98 mil indivíduos.

As perspectivas de provável desaparecimento dos povos indígenas no país perduraram durante um longo período de tempo, mas na década de 1970, indícios de crescimento de alguns povos sinalizaram para a reversão dessa tendência. Estimativas das últimas décadas do século XX mostraram que alguns povos vêm crescendo, em media, 3,5% ao ano (Ricardo, 2000), mais do que o dobro da media estimada para o conjunto da população do país, de 1,6% (IBGE, 2004).

As razões ou causas desse surpreendente evento são múltiplas e vêm sendo exploradas em muitas investigações levadas a efeito em anos recentes nos campos da antropologia e da demografia indígena no Brasil. Cabe assinalar neste espaço de discussão os fatores que conjugados fo-

ram fundamentais para que essas populações voltassem a crescer. A redução dos níveis de mortalidade, especialmente a infantil, que, embora permaneçam ainda extremamente elevados, contribuiu sobremaneira para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos, jovens e adultos de muitas etnias. Este fator, associado à manutenção ou à elevação dos níveis de fecundidade dessas populações, resultou em expressivo crescimento vegetativo.

Como ocorre nessa fase do processo de transição demográfica, quando as populações em geral passam de decrescentes ou estáveis para populações em crescimento acelerado, assiste-se no presente momento a um rejuvenescimento importante das populações indígenas no Brasil. Como conseqüência, em muitas nações indígenas, a proporção de crianças e jovens com idades inferiores a 15 anos supera a casa dos 50%, constituindo um desafio à manutenção da organização social dessas sociedades, cujas normas e valores culturais são tradicionalmente transmitidos pelos velhos, agora proporcionalmente em menor número.

Interface entre a demografia e a antropologia no estudo de povos tradicionais

A interface entre a demografia e a antropologia tem sido muito relevante para os estudos das dinâmicas demográficas de povos tradicionais, e os antropólogos ingleses contribuíram sobremaneira para o desenvolvimento dessa temática desde o inicio do século XX.

Meyer Fortes (1958), interessado na organização social dos Ashanti da África Sub-Saariana, realizou um estudo de fecundidade, pioneiro no campo da pesquisa demográfica apoiada em conhecimentos antropológicos. As questões elaboradas visavam retro-alimentar os conhecimentos antropológicos e planejar políticas adequadas a este povo. A pesquisa foi realizada com a participação da comunidade. Fortes preparou um questionário para as mulheres e outro para os homens. Para aplicar o questionário das mulheres, treinou algumas moças ashanti que estudavam na missão religiosa, produzindo histórias reprodutivas de todas as mulheres selecionadas, com um mínimo de erro. Da mesma maneira, procedeu em relação ao questionário dirigido aos homens. Os resultados da pesquisa estão publicados em Culture and Human Fertility (Lorimer, 1958), no âmbito de um Grupo de Trabalho da International Union for The Scientific Study of Population – IUSSP, estruturado em 1951 para estudar as implicações culturais nos padrões demográficos de diferentes populações. O estudo concluiu que o comportamento reprodutivo das mulheres Ashanti diferia fundamentalmente do encontrado por Caldwell (1975) entre outros povos da África Sub-Saariana. Os Ashanti não praticavam a proibição do intercurso sexual após os nascimentos, que possibilita um maior espaçamento entre os filhos, e que se configura como um controle da natalidade.

Por outro lado, também não praticavam abortos e as mulheres viam na gravidez uma possibilidade de expansão de suas linhagens. A discussão antropológica decorrente das conclusões de Fortes mostrou que os Ashanti, por se organizarem em linhagens matrilineares, incentivavam o crescimento e a alta fecundidade, decorrendo daí uma duplicação de população no tempo de uma geração, ao passo que outros povos sub-saarianos, também organizados em linhagens, mas patrilineares, incentivavam outros comportamentos reprodutivos. Este seria apenas um exemplo dentre os inúmeros estudos que proporcionaram o diálogo entre a antropologia e a demografia, utilizando a metodologia de coleta de informações própria à antropologia associada à ferramentas da análise demográfica para interpretar os fenômenos sócio-culturais observados nas sociedades tradicionais.

Análises comparativas de diferentes dinâmicas demográficas de sociedades indígenas podem contribuir para entender os padrões culturais desses povos, incluindo aí suas políticas culturais específicas em relação à dinâmica populacional. Diferentes organizações sociais, sistemas familiares e de parentesco, regras de casamento e de residência, padrões de idade da menarca e da menopausa, ao casar e ao dar a luz ao primeiro filho, normas relativas à concepção e contracepção, intervalo entre os nascimentos, tempo de aleitamento, entre tantos outros, são aspectos da cultura dos povos relativos à reprodução biológica e social que têm considerável influência nos regimes demográficos experimentados pelas diferentes sociedades, principalmente as de pequena escala.

Descrever o comportamento reprodutivo de alguns povos indígenas no Brasil, habitantes de diferentes regiões do país, falantes de troncos/famílias lingüísticas diversos e, pertencentes a diferentes sistemas culturais é o objeto do presente estudo. Em vista da sociodiversidade desses povos a análise se pauta no diálogo entre os seus indicadores de fecundidade e os conhecimentos etnológicos a seu respeito.

Comportamento reprodutivo de alguns povos indígenas no Brasil

Baré, Baniwa, Tukano e Maku - Alto Rio Negro

A região do alto rio Negro é habitada por 19 povos indígenas falantes de línguas das famílias Tukano, Aruak, e Maku, estimados em aproximadamente 17 mil habitantes em 1992. Embora com dois séculos de contato com a população não índia, os habitantes desta região são majoritariamente indígenas, e permanecem identificando-se como tais. Estes povos tradicionais desenvolveram durante séculos formas de adaptação ao meio ambiente aí encontrado, pobre em peixes, e conhecido na Amazônia como possuindo terras de baixa fertilidade. Os povos que falam lín-

guas das famílias tukano e aruak são horticultores, tendo desenvolvido uma alta capacidade de diversificar as variedades agrícolas alimentares cultivadas. Praticam também a pesca, caça e coleta, que varia de acordo com as estações. Suas comunidades estão localizadas às margens dos rios Negro, Uaupés, Içana e afluentes. Os povos falantes de línguas maku, são basicamente caçadores e coletores, e ao contrário dos primeiros, habitam principalmente as regiões dos intercursos dos rios ou estabelecem comunidades próximas dos igarapés.

Esses povos são marcados por algumas características comuns, como o princípio de descendência *agnática* (transmissão da qualidade de membro de um grupo definido por uma regra de patrilinearidade), associado a uma regra de residência *virilocal/matrilocal* (a mulher depois de casar deve ir morar na comunidade do marido). Em resumo, são do grupo de descendência de um indivíduo apenas os membros do grupo de seu pai (e não os de sua mãe), assim como idealmente são co-residentes de um indivíduo todos os homens solteiros e casados de seu grupo de descendência, junto com suas esposas, e apenas as mulheres solteiras (irmãs e filhas) de seu grupo de descendência (potencialmente esposas de seus afins, com quem passarão a residir depois do casamento).

A distinção entre os povos *tukano* e *aruak* parece estar associada às formas de reprodução dos grupos sociais e, conseqüentemente, à troca matrimonial: enquanto os *aruak* se casam "entre si", tendo como unidades exogâmicas as fratrias e não o grupo lingüístico, os povos *tukano* desenvolveram um princípio de "exogamia lingüística", onde o cônjuge é idealmente alguém que fala uma língua diferente, conceitualizado em termos nativos como um indivíduo etnicamente distinto.

As medidas de fecundidade relativas a esses povos apresentadas a seguir foram estimadas por Azevedo (2003) com base nos dados do Censo Indígena Autônomo do Rio Negro- CIARN, realizado em 1990-92. As informações qualitativas relativas às concepções tradicionais das mulheres sobre corpo, reprodução e contracepção foram extraídas de pesquisa qualitativa também realizada por Azevedo em 1997-99, visando aprofundar questões sobre a saúde reprodutiva das mulheres pertencentes a povos das famílias lingüísticas *aruak* - os Baré e Baniwa - e *tukano,* habitantes de Iauareté (Azevedo, 2003).

As taxas de fecundidade total - TFT dos povos rio-negrinos Baré, Baniwa, Tukano e Maku, no período de 1990 – 92 indicam que o nível da fecundidade das maku é o mais alto, sendo a TFT, de 6,4 filhos nascidos vivos, em média; o mais baixo nível é o das mulheres baré, 4,8 filhos (Tabela 1). A TFT das Tukano e Baniwa é de 5,7 e 5,1 filhos, respectivamente. Em relação à fecundidade por idades do período reprodutivo, o mais alto nível encontra-se na faixa etária de 30-34 anos para as mulheres tukano, maku e baniwa (*padrão tardio*), apenas as baré têm sua fecundidade máxima alcançada na faixa etária mais jovem, de 25 a 29 anos. O padrão etário de fe-

cundidade das mulheres maku, baniwa e baré seria um pouco mais jovem do que a das mulheres tukano, sendo a contribuição das mulheres < de 30 anos de idade na fecundidade total desta etnia a mais baixa (47%).

As médias de idade ao nascimento do primeiro filho vivo das mulheres pertencentes aos quatro grupos rio-negrinos variam de 19,4 a 21,1 anos. De acordo com estas estimativas, são as mulheres baniwa e baré que têm filhos seus filhos mais cedo, respectivamente aos 19,4 e 19,8 anos, e as mulheres tukano e maku as que iniciam mais tarde a procriação, aos 21,1 e 20,2 anos, respectivamente.

O intervalo intergenésico ou período de tempo transcorrido entre os nascimentos vivos dos filhos das mulheres rio-negrinas é de 33,6 meses em média, sendo as mulheres maku e baniwa as que possuem o maior intervalo médio, respectivamente, 36 e 34,8 meses.

Dois fatores podem ter influenciado a mensuração dos indicadores de fecundidade das mulheres rio-negrinas: a estrutura etária mais jovem das mulheres maku e baniwa, e a subnumeração de filhos nascidos vivos, por esquecimento, entre as mulheres mais velhas.

A seguir são apresentadas informações relativas às concepções tradicionais sobre corpo, reprodução e contracepção levantadas em 1997-99 por Azevedo (2003) entre as mulheres dessas etnias habitantes de Iauareté.

No tocante à percepção sobre o corpo, para as mulheres rio-negrinas, a vagina da mulher (porta do feto) está relacionada ao mito de sua criação. A concepção do feto ocorre através de inúmeras relações sexuais, sendo formado pela associação do *wahsó* feminino ou óvulo ou fluído expelido durante a relação sexual, com o *wahsó,* esperma masculino. O sangue das mulheres e o *wahsó* feminino definem a afinidade e o *washó* masculino a consangüinidade. Por isso, o sangue e os fluídos corporais são considerados extremamente importantes pelas mulheres do Rio Negro. Através deles fluem para a geração seguinte algumas das características fundamentais dos povos. E esta importância não se limita apenas ao grupo, mas a toda a região: a mulher porta a afinidade para as comunidades vizinhas ou distantes. Deste modo de entender a importância dos fluidos, deriva um comportamento fundamental: a mobilidade feminina (mudança para a comunidade do marido por ocasião do casamento). Ela espalha a afinidade e articula as comunidades através das alianças políticas.

Na primeira menstruação a mulher se abre para o sangue descer, seu corpo torna-se apto para receber o esperma masculino. Na ocasião, elas tanto têm mais poder quanto podem apresentar um certo perigo para outras pessoas. O poder vem da presença do sangue, que representa a fertilidade e ao mesmo tempo o contato com o mundo pré-humano. De maneira inversa elas também se tornam vulneráveis, e, portanto, devem proceder de determinadas formas para se proteger de doenças. Por isso elas se mantêm reclusas dentro de casa neste período. Durante a primeira menstruação o *Kumu* deve benzer a moça, e este benzimento consiste em

"abri-la" simbolicamente. Uma transgressão alimentar ou uma atitude contrária às regras, como tomar banho no rio menstruada, pode ter conseqüências sérias. Todos os objetos de uso pessoal da jovem também são bentos, assim como os alimentos que ela ingere nesse período e logo após.

Antigamente, a mulher dava à luz na roça, que é o espaço feminino, e também para não contagiar a casa com o sangue do parto. O parto era acompanhado de longe por um *Kumu*. Depois de voltar para casa com o filho, ela ficava isolada por um período de três dias, que corresponde aproximadamente ao tempo de cicatrização do umbigo do recém-nascido. A mãe e o pai da criança devem ficar em casa e submeter-se à dieta indicada pelo Kumu; nesta ocasião é dado o primeiro banho ao recém nascido. Com a mudança para locais reservados dentro da aldeia o *Kumu* passou a ficar mais perto, mas ainda sem contato direto com a mulher. Ele benze conforme as necessidades durante o trabalho de parto. As posições mais comuns para o parto são a de cócoras, com as pernas flexionadas ou deitada na rede. Quando o bebê desliza para o chão, quem ajuda no parto, em geral a sogra ou a mãe da parturiente, espera até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo. A placenta deve ser enterrada.

O controle sobre a fecundidade das mulheres *tukano* se dá através dos benzimentos e plantas contraceptivas. Este controle é maior nas primeiras idades do período reprodutivo - as mulheres jovens antes de se casar pedem a um *Kumu* que faça um benzimento para que não tenham filhos até o momento do casamento ou depois. O benzimento produz uma esterilização temporária que dura cerca de um ano ou dois. Isto se confirma com as análises da média de idade ao nascimento do primeiro filho vivo, bem mais elevada do que em outros povos. Durante o casamento a fecundidade é controlada através do espaçamento entre os filhos, o período de 'dieta' das mulheres onde deve haver a ausência de relações sexuais, é de dois anos. Esta informação também é confirmada pela análise dos intervalos intergenésicos. O outro período em que a mulher lança mão dos benzimentos contraceptivos é no final do seu período reprodutivo, para não engravidar mais, interrompendo definitivamente a menstruação. É o benzimento da menopausa, que pode ser provocada assim que a mulher sente os primeiros sintomas do climatério ou quando a mulher já teve sete filhos ou mais.

Suyá

Os Suyá ou Kisêdjê, como se autodenominam, são um povo de língua Jê, habitante do médio Xingu, no Parque Indígena do Xingu (MT). No período 1970-2004 a sua população passou de 123 para 330 habitantes, com crescimento médio anual de 3% (Pagliaro, et al., 2007). O aumento vegetativo foi o fator responsável por esse ritmo de crescimento, sendo negativo o saldo migratório resultante de poucos de casamentos interétnicos.

Pressupondo que o processo de recuperação demográfica dos Suyá tenha sido gerado também por mudanças sociais que repercutiram em seu comportamento reprodutivo, outro estudo de Pagliaro, et al. (2008) buscou identificar modificações em seu padrão de fecundidade durante o período 1970-2007, considerando os aspectos socioculturais que intermediariam o comportamento reprodutivo, como as regras e práticas que regulam a sua reprodução biológica e social. Este estudo, aqui reproduzido, baseia-se em dados do registro de eventos vitais do Programa de Saúde da Universidade Federal de São Paulo no PIX, em informações levantadas nas aldeias Suyá em 2007, em oficinas sobre saúde da criança, vigilância nutricional e segurança alimentar.

Entre as décadas 1970 e 1990 o nível de fecundidade das mulheres suyá, medido por meio das TFT, aumentou de 5,2 filhos para 8 filhos nascidos vivos, em média, por mulher, declinando para 6,7 filhos entre 2000 e 2007 (tabela 1). O padrão etário de fecundidade dessas mulheres estaria em transição entre os denominados padrões "tardio e jovem", com concentração da fecundidade nas idades de 20-24 anos, sendo a contribuição das mulheres < de 30 anos de idade na fecundidade total, de 61%. A diminuição da média de idade ao nascimento do primeiro filho vivo de 19,2 entre 1970 e 2007 também refletem o rejuvenescimento da fecundidade. O intervalo entre os nascimentos vivos foi de 37 meses.

A média de idade por ocasião da menarca das mulheres Suyá foi de 11,3 anos para as jovens que em 2007 tinham de 12 a 14 anos e de 12,1 anos para aquelas com idades entre 15 e 24 anos. O intervalo entre a menarca e a primeira gestação foi de 2,6 anos nas idades de 15 a 19 anos e de 2,9 anos de 20 a 24 anos. A média de gestações por mulher do grupo 20-24 anos é de 3,7 gestações e para as mulheres do grupo 45-49 anos, de 7,4 gestações. O número médio de filhos nascidos vivos nessas mesmas idades é de, respectivamente 2,8 e 6,7 por mulher. A diferença entre a média de gestações e de nascimentos vivos é devida, principalmente, às gestações interrompidas por abortos espontâneos e provocados. A paridade média de 6,7 filhos vivos por mulher, estimada em 2007, para o grupo de 45-49 anos, idades em que as mulheres já completaram o período reprodutivo (fecundidade completa ou parturição final), foi igual a TFT estimada para o período 2000-06.

Conforme Seeger (1981), a mudança dos Suyá para a região do Xingu na segunda metade do século XIX, propiciou a incorporação de costumes e tecnologias dos povos que ai habitavam, embora eles mantivessem a singularidade cultural fortemente marcada por seus cantos rituais, expressão das individualidades e dos valores de sua sociedade. Além disso, a morte de grande parte dos velhos acarretou profundas modificações na organização social e ritual desse povo, embora muitos aspectos sócio-culturais persistam até o presente.

Eles vivem em aldeias circulares, com as casas construídas à volta de uma praça aberta que abriga a "casa dos homens". A sociedade Suyá é dividida em metades e classes de idades. A residência é matrilocal ou uxorilocal, ou seja, ao casar o homem passa a morar na casa materna da esposa. As regras de descendência geralmente são patrilineares.

As classes de idades dos homens são marcadas por uma cerimônia de iniciação que enfatiza a saída da casa dos pais e a transferência para a casa dos homens e posteriormente para a casa da família da esposa após a gerar o primeiro filho, o qual consuma o casamento. As mulheres vivem na casa materna por toda a vida e ao nascimento do primeiro filho, delimitam seu espaço, aonde seu marido vem morar e constituir uma unidade doméstica.

O período de transição de classes de idades implica certas restrições tanto para homens como para mulheres em relação à alimentação, atividade sexual e outras atividades. Entre os homens, o vinculo se dá por meio de rituais, nomes e cooperação nas atividades produtivas. Algumas mulheres ficam em reclusão na puberdade, costume que os Suyá adquiriram da convivência com povos alto-xinguanos (Seeger, 1981).

Uma mulher é caracterizada pela capacidade de gerar filhos nos primeiros anos do ciclo produtivo. Sua autoridade aumenta à medida que tem mais filhos e que sua mãe envelhece. As velhas, diferentemente dos velhos, ainda se mantêm envolvidas nas atividades domésticas e familiares. Elas são respeitadas por sua sabedoria e são consultadas pelos mais jovens (Seeger, 1981).

A família é a menor unidade de produção e consumo. Cada uma tem uma plantação própria e a coleta é feita por todos os membros. As mulheres também participam da roça. As atividades produtivas femininas são realizadas em grupos de parentes e orientadas para a família nuclear. As mulheres preparam os alimentos a partir da mandioca, da caça e do peixe, principalmente. Os excedentes da produção são distribuídos para outras famílias, nunca se acumula e se perde nada. As atividades dos homens são principalmente o manejo da roça, a caça, a pesca e a construção de casas e canoas (Seeger, 1981).

O nascimento em si pertence à esfera feminina. O pai não presencia o trabalho de parto para não retardar o nascimento. Mas, durante as suas primeiras semanas de vida ele e a mãe, com o auxílio da avó, assumem os cuidados com a criança.

O parto é realizado pela mulher mais experiente da casa, como a mãe, a avó ou uma irmã mais velha. Quando surgem complicações elas recorrem a pessoas mais experientes de outras casas. Os conhecimentos sobre o parto são passados de mãe para filha, embora as jovens, atualmente, não tenham interesse em aprender a "fazer parto". Se a placenta demora a sair, chama-se um rezador; quando sai, é examinada e enterrada pela parteira. A criança é examinada e se não possui malformação é en-

tregue à mãe que amarra o cordão umbilical. Antigamente os Suyá sacrificavam gêmeos, crianças com malformação, filhos de mulheres solteiras, e de mães que haviam morrido no parto. Atualmente essas regras não são mais obedecidas.

Pegar um recém nascido é um importante ato social, indica aceitação da criança e responsabilidade por ela. O coto umbilical é lavado apenas com água, sendo coberto de cinzas de carvão para evitar infecções. A criança não pode ser embrulhada antes de ser pintada com urucum e ter seus tornozelos, joelhos e braços amarrados com fibra de embira, de acordo com o seu sexo, para que cresça forte e com saúde.

Segundo as mulheres mais velhas, antigamente, no dia seguinte ao parto, o pai ia até a beira do rio, perfurava a glande do pênis com dente de cachorra, espécie de peixe muito freqüente na região do rio Xingu, espremia o sangue, passava em seu corpo e voltava para casa. Para o povo suyá este procedimento seria importante para a purificação do pai, para que ele não trouxesse nenhuma impureza, nenhum mal para a nova criança. A partir daí o pai segue uma série de regras para que a criança se desenvolva bem. Nos primeiros meses de vida da criança, ele não deve exercer atividades que exijam força física, como esticar arco e flechar, derrubar roça, construir casa, fazer canoa, fazer corda para arco e flecha.

O nascimento é um importante momento de transição para os pais e para a criança. Várias dietas e regras de comportamento devem ser cumpridas pelo casal desde a gravidez até a criança aprender a andar. Ambos são impedidos de ter relações sexuais até que a criança comece a engatinhar ou andar. A transgressão dessa regra pode comprometer a saúde da criança. Para o bom desenvolvimento da criança a alimentação dos pais se restringe a peixes pequenos, carnes de caça, aves, e a alguns produtos da roça. Vários procedimentos como massagens, amarrações, pinturas, banhos com ervas, são realizados durante a primeira infância para modelar e formar o corpo da criança, prevenir doenças e garantir a boa saúde.

As mulheres Suyá dizem ter o período de abstinência sexual pós-parto mais longo que as mulheres das outras etnias e isso transparece no intervalo médio entre os nascimentos, estimado em 36 meses; o maior dentre os povos estudados no presente texto. Elas relatam não usar nenhuma substancia para prevenir a gravidez (Seeger, 1981).

A mãe se ocupa da criança até que ela comece a engatinhar, sendo impedida de preparar alimentos e mexer com fogo, para que a criança não emagreça. Nesse período é a avó ou uma irmã mais velha quem cuida da casa e do preparo dos alimentos. O nome da criança é dado pelo avô ou avó, a depender do seu sexo, na primeira semana de vida, sendo escolhido entre os nomes dos antepassados. Atualmente, com o declínio da mortalidade e aumento da sobrevivência de crianças, faltam nomes, e com freqüência algumas crianças demoram a recebê-los.

Algumas mulheres mais velhas referem que os rituais e regras têm sido negligenciados pelos jovens. Percebem que os jovens estão casando mais cedo e tendo filhos logo em seguida. Conforme o depoimento dessas mulheres, este é um dos mais importantes fatores que justificam o grande número de doenças nas crianças atualmente, entre as quais a desnutrição infantil.

Xavante

Os dados a seguir, sobre o povo Xavante foram extraídos de um estudo demográfico recente (Souza, 2008) único até o presente momento a referir-se a toda a população Xavante, de aproximadamente 12.000 pessoas. O estudo enfoca o período 1999-2004 e baseia-se em dados de censos domiciliares e registros de eventos vitais do Distrito Sanitário Especial Indígena- Xavante, da Fundação Nacional de Saúde.

Os Xavante são um povo da família lingüística Jê, assim como os Suyá descritos anteriormente. Eles vivem em sete Terras Indígenas descontínuas – Areões, Marãiwatsede, Marechal Rondon, Parabubure, Pimentel Barbosa, Sangradouro-Volta Grande e São Marcos, situadas a leste do Estado de Mato Grosso. Cada uma destas terras tem um histórico de contato diferenciado com a sociedade circundante, mas, no geral, as terras ao seu redor são ocupadas por não-índios.

A sociedade Xavante caracteriza-se por um intenso dinamismo político, vivenciado através de disputas e alianças entre as facções que tem por núcleo uma linhagem ou uma associação de linhagens aparentadas. Constitui-se em uma sociedade que apresenta metades exogâmicas constituídas por três clãs patrilineares, ou seja, a criança ao nascer pertencerá ao clã de seu pai e quando adulta só poderá se casar com parceiros pertencentes aos outros clãs.

A idade ao casar para as mulheres é de 11 a 12 anos. Já os homens casam-se após o término do período de iniciação, que se desenvolve na casa dos homens a partir dos 12 anos de idade e que tem duração de aproximadamente cinco anos. Ao final desse período, eles se casam em cerimônia coletiva com jovens filiadas ao clã apropriado. Geralmente estas pertencem a mesma classe de idade ou a uma posterior, sendo a diferença de idade entre os cônjuges entre 0 e 10 anos.

A TFT estimada para o período de 1999-2004 é de 8,2 filhos nascidos vivos por mulher (Tabela 1). A despeito do elevado nível de fecundidade encontrado, o comportamento das TFT ao longo desse período aponta para uma tendência de declínio, que chega a atingir 1,4 filhos a menos, em média, por mulher.

O comportamento da fecundidade das mulheres Xavante pode ser melhor compreendido a partir da análise das taxas específicas de fecundidade por idade, que indicam o padrão etário desse componente demo-

gráfico. No período 1999-2001 a estrutura das taxas específicas de fecundidade indica um padrão *tipicamente jovem*, com concentração no grupo etário 20-24 anos. No período subseqüente, há queda da fecundidade, em todos os grupos etários, o que foi relevante para esboçar uma mudança na estrutura da fecundidade por idade, caracterizada pelo deslocamento do padrão tipicamente jovem para o padrão *jovem*, com concentração tendendo a ser mais intensa no grupo etário 25-29 anos. As mulheres < de 30 anos de idade contribuíram com 64% da fecundidade total. Em síntese, se essas reduções podem ser consideradas significativas, supõe-se que a queda no nível geral da fecundidade (TFT) tenha sido decorrente do declínio das taxas específicas de fecundidade em todos os grupos etários. O intervalo médio entre os nascimentos foi de 22,8 meses, o mais baixo dentre todos os povos analisados neste trabalho, sendo compatível com o alto nível de fecundidade das mulheres Xavante. Esse comportamento da fecundidade por idade parece ser incoerente com o que se observa nas sociedades não-indígenas, nas quais o declínio da fecundidade vem acompanhado de um rejuvenescimento do padrão e não de envelhecimento como observado entre as mulheres Xavante.

Kamaiurá

Os Kamaiurá são um povo de língua Tupi-Guarani que juntamente com outros nove povos de línguas Aruak, Karib, Tupi e Trumai habitam a região do alto Xingu (MT). Em 1970, os Kamaiurá contavam 134 indivíduos e, em 1999, 341. O crescimento médio da população neste período foi de 3,1% ao ano.

Os dados apresentados foram extraídos de estudo sobre a fecundidade das mulheres Kamaiurá, de Pagliaro e Junqueira (2007). O levantamento de informações inclui dados de registros de eventos vitais do Programa de Saúde da Universidade Federal de São Paulo no Parque Indígena do Xingu, dados levantados pela antropóloga Carmem Junqueira entre 1968 e 2007 e de levantamento de campo de Pagliaro e Junqueira, em 2003.

A recuperação da história recente dos Kamaiurá confirma que, antes de 1966, a mortalidade era alta devido às disputas entre os povos da região e às epidemias de doenças contagiosas introduzidas pelo contato com não índios. A fecundidade, por sua vez, era baixa, devido a um padrão cultural tradicional de família pequena, de 2 a 3 filhos, obtido pelo uso de práticas culturais de controle da natalidade, como a anticoncepção e o aborto (Junqueira, 1978). Este padrão demográfico determinou a estabilidade do volume populacional dos Kamaiurá no período 1948-1966, em torno de 110 habitantes. O aumento populacional observado no período 1966-2002, de, em média, de 3,5% ao ano, seria conseqüente de uma reversão desse padrão, com a redução dos níveis de mortalidade, espe-

cialmente a infantil, e o aumento da fecundidade (Pagliaro e Junqueira, 2007).

As taxas de fecundidade total (TFT) dos Kamaiurá aumentaram de 5,4 filhos, em média por mulher na década de 1970 para 6,6 na década de 1980, declinando para 6,2 em 2000-03 (Tabela 1).

Os níveis e padrões etários de fecundidade mostram que o aumento da fecundidade verificado na década de 1980 se deu em quase todas as idades, com exceção do grupo de 12 a 14 anos, sem que houvesse mudanças no padrão reprodutivo. A partir da década de 1990 configura-se um envelhecimento do padrão etário, caracterizado pela diminuição dos níveis de fecundidade das mulheres de 15 a 24 anos (além dos 12 a 14 anos em 2000-2003), estabilidade nas idades de 25 a 29 anos, e aumento no grupo de 30 a 34 anos. Este último grupo etário passa o de maior intensidade da fecundidade na década de 1990 e nos anos de 2000-03.

O aumento das médias de idade das mulheres ao nascimento do primeiro filho vivo de 17,1 na década de 1970 para 18,8 anos em 2000-03, confirma o envelhecimento do padrão etário da fecundidade dessas mulheres. O intervalo entre os nascimentos oscilou entre 30 e 36 meses no período 1970-2003.

Informações relativas à aspectos da cultura Kamaiurá que intermediam o seu comportamento reprodutivo são descritos a seguir, com base nas observações de Junqueira (1978, 2002).

As normas relativas à formação das uniões entre os Kamaiurá tenderiam a favorecer uma alta fecundidade, quer pelo início precoce do casamento, quer pela facilidade na contratação de novo casamento. O casamento dessas mulheres se realiza logo após o período de reclusão pubertária, que tem início após a primeira menstruação e se prolonga ao máximo por um ano. É na reclusão que elas aprendem a executar as tarefas femininas; ao sair, com novo nome, são consideradas adultas e prontas para o casamento.

As regras de residência dos Kamaiurá definem que nos primeiros anos de casamento o marido deve residir na casa dos pais da esposa (matrilocal). Cumprido esse período, o casal tem liberdade de escolher nova residência, que em geral é a casa de origem do marido (patrilocal). Essa regra, entretanto, não se aplica aos homens donos de casa ou àqueles já casados e que estão constituindo família poligínica. Nessas situações é sempre a mulher que passa a residir na casa do marido. O casamento preferencial é entre primos cruzados, considerados como parentes classificatórios e não consangüíneos como os primos paralelos. Em nível da geração de uma determinada pessoa, primos cruzados são os filhos das irmãs de seu pai e dos irmãos de sua mãe. Cumpra-se ou não as regras de casamento, as alianças com outras casas são sempre efetivadas. Vez por outra busca-se atender às duas exigências. Os Kamaiurá, seja para fazer frente à desproporção entre os sexos ou por outras razões, estabelecem

alianças com os demais povos alto-xinguanos, fazendo surgir entre eles obrigações sociais baseadas no parentesco.

Há na cultura kamaiurá uma expectativa generalizada de que todas as pessoas devem se casar. Mas, um casamento só é considerado integralmente consumado quando nasce o primeiro filho do casal. Além das funções de procriação e de natureza sexual, o casamento torna-se igualmente necessário por razões econômicas, decorrentes da divisão sexual do trabalho. A ruptura da união, conseqüente da separação do casal, não impede a contratação imediata de novo casamento. A morte de um cônjuge, entretanto, obriga o sobrevivente a um período considerado de luto, cuja duração é variada, no qual não pode se casar novamente.

Os casais mantêm relações sexuais freqüentes até que a mulher engravide. No final da gravidez, a vida sexual do casal se interrompe, para recomeçar quando o filho começa a andar, regra que nem é sempre obedecida.

As crianças são amamentadas por período variado de tempo, mas geralmente bastante longo, chegando até três anos. Com isso, a fecundidade das mulheres diminui consideravelmente nesse espaço de tempo. O desmame é gradual e durante este período a criança nunca é impedida de mamar.

Os Kamaiurá afirmam ter conhecimento de ervas capazes de evitar a concepção. Em algumas situações sociais a cultura kamaiurá legitima o abortamento, que é praticado pelo uso de ervas ou por processos mecânicos. Geralmente o status da mulher constitui o fundamento para a decisão de abortar. As mulheres sem marido ou cujo marido tenha estado ausente por um período longo de tempo recorrem a práticas abortivas. O padrão de liberdade sexual extraconjugal pode ocasionar concepção indesejável, que é, portanto, interrompida.

Ikpeng

Os Ikpeng, como se autodenominam ou Txicão são um povo de língua Karib, que vive no Parque Indígena do Xingu (MT, Brasil Central). Originários da região do rio Batovi ingressaram no Parque Indígena do Xingu em 1967, depois de um longo período de contato iniciado em 1952. Em Julho de 1968 estavam reduzidos a 50 indivíduos. Devido à situação precária e instável em que se encontravam, eles adotaram medidas de restrição da natalidade, registrando-se apenas três nascimentos entre 1967-69. A ingestão de plantas abortivas e a prática de ações mecânicas resultaram em seis abortos (Menget, 2001). A partir de 1969, compreendendo que a situação havia melhorado, o número de nascimentos começa a crescer, e os Ikpeng iniciam um processo de recuperação populacional, sendo hoje um grupo de 358 indivíduos, que cresce 3,5% ao ano, dos quais 85 mulheres em idade reprodutiva. A população atual supera em muito o vo-

lume populacional estimado por Menget (2001) de 130 a 150 Ikpeng por volta dos anos de 1960, e de 200 para as décadas anteriores. Isto indicaria que a mudança desse povo para o Xingu não apenas garantiu a sua sobrevivência física e cultural, como também teria proporcionado a superação das expectativas em relação à sua recuperação populacional.

Os dados apresentados baseiam-se em informações de 2000-07 levantadas nos registros de eventos vitais do Programa de Saúde da Universidade Federal de São Paulo no Parque Indígena do Xingu (PIX) por Pagliaro, et al. (2008), e em encontros de mulheres xinguanas realizados no âmbito do Projeto Xingu.

No período 2000-07, TFT foi de 6,4 filhos nascidos vivos por mulher (Tabela 1). A distribuição relativa das taxas de fecundidade por grupos de idades do período reprodutivo aponta para um padrão de fecundidade *tipicamente jovem*, com maior concentração entre as mulheres de 15 a 19 anos (25,6% do total). As mulheres < de 30 anos de idade contribuíram com 75% da fecundidade total. A média de idade por ocasião do nascimento do primeiro filho vivo, de 15,1 anos, é compatível com o padrão etário *tipicamente jovem* da fecundidade, que também pode ser atribuído à estrutura etária extremamente jovem das mulheres em idade reprodutiva (87% das mulheres têm menos de 30 anos). O intervalo de 30,4 meses entre os nascimentos vivos é compatível com as regras muito estritas das famílias Ikpeng, relativas aos cuidados dispensados às suas crianças.

O parto das mulheres Ikpeng é na posição de cócoras. Quando a criança nasce, a avó ou a parteira examina a cabeça, olhos, pés, pescoço, braços, anus, órgão sexual, "arruma" os olhos e o nariz da criança. Se a criança nasce com malformação, os pais são comunicados e o pajé lhe dá ervas medicinais para que sobreviva e também se torne pajé no futuro. Ao retirar a placenta, a parteira observa se está inteira. Se ficar parte da placenta, a mãe ingere ervas medicinais para vomitar e expelir o restante. A placenta é enterrada em um buraco próximo ao fogo e coberta por cinzas. Até que o umbigo caia, a parteira não pode tomar banho no rio, e deve seguir o mesmo ritual dos pais.

Após examinar a criança a avó a entrega à mãe para ser amamentada. Caso a avó indique, tanto a criança quanto os pais ingerem ervas ou raízes para a criança ficar forte – nesse caso, os pais não podem se alimentar por doze horas. Esses remédios tradicionais são utilizados até que a criança comece a engatinhar.

Durante as primeiras horas após o parto os pais ficam de repouso para não prejudicar a sua saúde e a da criança. As regras do pós-parto os proíbem os banhos de rio e a ingestão de peixes grandes e carnes de vários tipos de caça.

As primeiras fezes da criança são enterradas dentro de casa pela avó, para que animais e insetos não as toquem e a criança cresça sadia. Enquanto o umbigo da criança não cicatrizar, os pais não podem executar ne-

nhuma atividade física e a sua alimentação se resume a mingau e beiju, preparados pela avó ou por uma irmã. Após a queda do umbigo, são os avós que decidem o que o casal pode comer – geralmente caça – pássaros pequenos.

Quando o umbigo cai, a avó paterna aplica uma mistura de terra vermelha e resina nos pés, calcanhares e mãos de seu filho para que ele volte a exercer suas atividades sem correr o risco de ter inflamações e feridas. O ritual do primeiro banho de rio do pai também é dirigido por sua mãe, que joga cinzas na água antes que ele mergulhe. Esse ritual garante que a água do rio não lhe traga malefícios que o impeçam de ajudar a esposa e que a criança cresça forte. Por ocasião da queda do umbigo os avós se reúnem para escolher quem vai dar nome à criança, o qual é escolhido entre os de seus antepassados. A criança fica com esse nome até a fase da adolescência, quando ocorre a reclusão pubertária.

No primeiro banho de rio, que ocorre de dois a três meses após o parto, a mãe passa pelo mesmo processo do pai. Ela não leva o filho ao rio, para que o seu espírito não fique lá. Após esse ritual a mãe já pode executar atividades físicas leves, como cozinhar, sempre obedecendo a regra de banhar-se antes de pegar a criança para que esta não adoeça.

Como a criança até ter idade próxima de um ano apenas sente, não ouve e não enxerga, a mãe não canta para ela – apenas bate delicadamente nas suas costas para fazê-la dormir. O recém-nascido deve ser enfeitado com adereços leves como colar e pulseira. Os enfeites são importantes para que saiba que gostam dela; em caso contrário, o seu espírito vai embora.

Os pais não podem ter relações sexuais até que a criança aprenda a andar. Devem também respeitar severa dieta alimentar. O resguardo da mãe dura até que a avó libere e o do pai até que o umbigo caia.

Até completar seis meses a criança não pode sair de casa para que seu espírito não se perca. Aos oito ou nove meses ela já pode acompanhar os pais na pescaria, mas será preciso cobrir com terra sua urina e trazer suas fezes volta para casa, além de pedir que o espírito da criança volte com ela.

Quando a criança tem cerca de quatro anos sua orelha é furada; aos oito anos é tatuada no rosto. Há uma festa nessa ocasião e os pais escolhem os seus padrinhos. Após ser tatuada a criança deve fazer dieta e descansar. Durante esse processo ela aprende a respeitar seu povo e guardar as tradições.

A criança se alimenta de leite materno até que comece a engatinhar, quando pode comer alguns peixinhos e aves, além de água e mingau. Ela continua mamando no peito até dois ou três anos. Geralmente a criança precisa saber andar e a comer sozinha para que a mãe possa ter outro filho.

Discussão e conclusão

Este estudo avaliou o comportamento reprodutivo de povos indígenas habitantes de diferentes regiões do país, falantes de troncos/famílias lingüísticas diversos e, pertencentes a diferentes sistemas culturais, como os povos rio-negrinos – Tukano, Baré, Baniwa e Maku – os Suyá, Xavante, Kamaiurá e Ikpeng, estes últimos habitantes da região do rio Xingu (MT). A análise contou com indicadores de fecundidade e informações sobre os sistemas socioculturais que intermediam o processo de reprodução biológica desses povos.

As análises evidenciaram que as populações indígenas avaliadas convivem com altos níveis de fecundidade, que variam de 4,8 a 8,2 filhos em média por mulher. Esses resultados são bastante similares ao que tem sido reportado para outros povos indígenas no Brasil que apresentam elevados níveis de fecundidade e de crescimento populacional (Pagliaro, et al., 2005). Os níveis de fecundidade desses povos se mostram bem superiores ao da média do conjunto da população brasileira de 2,4 filhos em 2000 (IBGE, 2004).

Os mais elevados níveis de fecundidade foram observados entre as mulheres Xavante (8,2), e Suyá (6,7), ambas sociedades com regras de residência matrilocal e de descendência patrilinear. Em uma sociedade como a Xavante, na qual o casamento e a maternidade são praticamente universais, as mulheres iniciam seu período reprodutivo por volta dos 11 ou 12 anos, atingindo o pico da fecundidade entre os 20-29 anos, não poderia ocorrer de outra forma (Souza, 2008). Entre as Suyá, o alto nível de fecundidade emerge da organização social, que valoriza a capacidade das mulheres de gerar filhos nos primeiros anos do período reprodutivo e lhes confere maior autoridade perante a sociedade na medida em que têm mais filhos. Uma prole numerosa lhes dá direito a um status de maior respeito diante de seu grupo, assim como ao homem. Ao envelhecer, o grande número de netos é também importante para que mulheres e homens mantenham a posição de destaque na esfera social.

Os mais baixos níveis de fecundidade são os registrados entre as mulheres rio-negrinas, com exceção das Maku. Entre esses povos foram verificadas as maiores médias de idade ao nascimento do primeiro filho vivo. Uma das explicações para o comportamento reprodutivo desses povos poderia estar contida na regra de residência virilocal (patrilocal), que determina que as esposas se mudem para as comunidades de origem dos cônjuges por ocasião do casamento. Por isso, elas retardariam mais o início da maternidade em relação a povos cuja regra de residência matrilocal não implica em mudança de comunidade e muitas vezes nem de aldeia e de casa. Uma outra explicação poderia ser a proximidade de suas comunidades ao município de São Gabriel da Cachoeira com maiores facilidades de acesso a serviços de saúde e, portanto de contraceptivos hor-

monais modernos, e onde há maior influencia pelos meios de comunicação. A este respeito, Azevedo (2003) afirma que existe uma erosão nos conhecimentos tradicionais sobre a saúde reprodutiva das mulheres rio-negrinas no tocante aos cuidados com a gravidez e o parto, e os métodos contraceptivos tradicionais. As mulheres mais velhas praticavam estes conhecimentos, as maduras e jovens conhecem menos e já não praticam tanto. Com a proximidade dos serviços modernos de saúde existe uma perda cultural dos conhecimentos tradicionais.

No tocante ao padrão etário da fecundidade, o padrão mais jovem foi observado nas Ikpeng, entre as quais 75% da fecundidade total são contribuição das mulheres < de 30 anos de idade. Do lado oposto, o padrão mais tardio é encontrado entre as mulheres tukano, com 47% de contribuição das mulheres < de 30 anos para a fecundidade total. As mulheres Ikpeng têm seus filhos muito cedo, a média de idade de início da procriação é de 15 anos, sendo compatível com o padrão de fecundidade observado. Além disso, elas possuem uma estrutura etária muito jovem - 87% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de 30 anos. Por outro lado, o padrão etário mais tardio das mulheres Tukano estaria relacionado à regra de residencial patrilocal, que conforme já mencionado, retardaria o início da vida reprodutiva dessas mulheres.

A despeito do elevado nível de fecundidade verificado entre as Suyá, estas mulheres possuem os maiores intervalos intergenésicos (37 meses) dentre os povos analisados. Elas relatam não conhecer nenhuma substância para prevenir a gravidez e a abstinência sexual pós-parto é utilizada como forma de evitar a concepção nesse período.

Neste trabalho apresentamos uma análise do comportamento reprodutivo de diversos povos indígenas no Brasil baseadas em indicadores de fecundidade e em aspectos da cultura e conhecimentos tradicionais sobre saúde reprodutiva que norteiam a reprodução biológica e social desses povos. As análises apontam para a relação entre sistemas sócio-culturais e padrões reprodutivos dos Tukano, Baniwa, Baré, Maku, Xavante, Suyá, Ikpeng e Kamaiurá, como ocorre para os povos indígenas de maneira geral.

Notas

[1] Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, pagliaro@medprev.epm.br

[2] Instituto Socioambiental-ISA e Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas – NEPO/UNICAMP, martazev@uol.com.br

Bibliografía

AZEVEDO, M.M., 2003. *Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro/Amazonas: um estudo de caso de nupcialidade e reprodução.* [Tese] Programa de

Pós-Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

FORTES, M., 1958. A demography field study in Ashanti. In: Lorimer, F. (org) *Culture and Human Fertility.* New York: Greenwood Press, pp. 253-339.

IBGE, 2004. *Tendências Demográficas. Uma Análise dos Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000.* Coleção Estudos & Pesquisas (13). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

JUNQUEIRA, C., 1978. Os Índios do Ipavu. Um estudo sobre a vida do grupo Kamaiurá. São Paulo: Ática.

_____, 2002. *Sexo e Desigualdade entre os Kamaiurá e os Cinta Larga*. São Paulo: Olho Dágua/CAPES.

LORIMER, F., 1958. *Culture and Human Fertility*. New York: Greenwood Press.

MENGET, P., 2001. Em nome dos Outros. Classificação das Relações Sociais entre os Txicão do Alto Xingu. Lisboa: Assírio & Alvim.

RIBEIRO, D., 1956. Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia,* São Paulo, v.18, n. 1, p.3-50.

_____ , 1957. Culturas e línguas indígenas do Brasil. *Educação e Ciências Sociais,* Rio de Janeiro, v. II, n. 6, p.4-102.

PAGLIARO, H., et al., 2005. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama critico. In: Pagliaro, H., et al. (orgs.). *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep, p. 11-32.

PAGLIARO, H., Junqueira, C., 2007. Recuperação demográfica e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central, 1970-2003. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16(2):37-47.

PAGLIARO, H., et al., 2007. Dinâmica demográfica dos Suyá, povo Jê do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central, 1970-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, no. 5 . p 1071-1081.

PAGLIARO, H. et al., 2008. Fecundidade e Saúde Reprodutiva dos Suyá (Kisêdjê), Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. Trabalho apresentado no *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, MG.

PAGLIARO, H. et al., 2008. Fecundidade dos Ikpeng, povo Karib do Parque Indígena do Xingu, 2000-07. Trabalho apresentado no *V Congresso de Iniciação Científica da UNIFESP*, São Paulo.

SEEGER, A., 1981. Nature and society in Central Brasil. The Suyá Indians of Mato Grosso. Cambridge: Harvard University Press.

SOUZA, L.G., 2008. *Demografia e Saúde dos Índios Xavante do Brasil Central.* [Tese] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Rio de Janeiro.

ANEXO

Tabela I
Povos indigenas do Brasil, indicadores de fecundidade

Povos	Tronco ou Família Linguística	Localização	Período	Regras de		Indicadores de Fecundidade				Fontes
				Residência	Descendência	Taxa de Fecundidade Total TFT	Contribuição das mulheres < 30 anos na fecundidade total %	Média de Idade da mãe ao nascimento 1 filho nascido vivo	Intervalo intergenésico (meses)	
Tukano	Tukano	Alto Rio Negro	1992	Patrilocal	Patrilinear	5,7	47	21,1	32,4	Azevedo 2003
Baniwa	Aruak	Alto Rio Negro	1992	Patrilocal	Patrilinear	5,1	52	19,4	34,8	Azevedo 2003
Baré	Aruak	Alto Rio Negro	1992	Patrilocal	Patrilinear	4,8	50	19,8	31,2	Azevedo 2003
Maku	Maku	Alto Rio Negro	1992	Patrilocal	Patrilinear	6,4	53	20,2	36	Azevedo 2003
Ikpeng	Karib	Alto Xingu	2000/07	Matrilocal	Patrilinear	6,4	75	15,1	30,8	Pagliaro et al 2008
Xavánte	Macro-Jê	Planalto Central	1999/04	Matrilocal	Patrilinear	8,2	64	_	22,8	Souza 2008
Suyá	Macro-Jê	Médio Xingu	2000/07	Matrilocal	Patrilinear	6,7	61	17,5	37	Pagliaro et al 2008
Kamaiurá	Tupi-Guarani	Alto Xingu	2000/03	Matrilocal	Patrilinear	6,2	52	18,8	36	Pagliaro & Junqueira 2007

MASCULINIDAD Y REPRODUCCIÓN EN COMUNIDADES INDÍGENAS PERUANAS

Miguel Angel Ramos Padilla[1]

Introducción

Uno de los fenómenos ocurridos en los últimos años en el Perú ha sido el cambio en los patrones de fecundidad deseada[95] en el medio rural, lugar habitado fundamentalmente por poblaciones indígenas. Así, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar– ENDES- de 1986, esta era de 3.7 hijos promedio por mujer en edad fértil para los tres últimos años antes de la encuesta (INE, 1988), mientras que para la ENDES del año 2000 la fecundidad deseada se había reducido a 2.5 hijos (INEI, 2001). Múltiples serían los factores que explicarían estos cambios que se iniciaron incluso años antes del período mencionado. Entre las causas principales estaría la combinación paradójica, por un lado, de un mayor empobrecimiento del agro y graves dificultades de supervivencia, y por otro, de un aumento paulatino de los niveles de escolaridad de la población, incluyendo a las mujeres, unido a un mejor acceso a los medios de comunicación, y a una mayor relación con las ciudades. La caída de la mortalidad infantil también experimentada en el medio rural, tiene una alta correlación con el aumento de los niveles educativos de las mujeres y un impacto en el descenso de las expectativas reproductivas (Ramos, 1996). Pero, la fecundidad real en el área rural era de 4.3 hijos por mujer en edad fértil, es decir 72% más alta que la deseada (ENDES 2000). ¿Qué estaba ocurriendo entonces en la conducta reproductiva de la población indígena rural que explicara esta gran brecha?

Generalmente, para responder a esta pregunta se ha investigado a las mujeres, y por ellas se ha llegado a identificar algunas pistas que nos llevan a interpretar las conductas reproductivas de los varones. Según sus testimonios, ellos se oponen a que las mujeres usen métodos anticonceptivos, les impiden acudir a los servicios de salud para una aseso-

ría e intervención anticonceptiva especializada, las presionan para entablar relaciones sexuales sin respetan sus períodos fértiles, dando a entender que los varones desearían más hijos que los que ellas proponen. Teniendo en cuenta el mayor poder que tradicionalmente ellos ostentan, resultaría determinante la voluntad masculina en las conductas reproductivas en el ámbito indígena rural (Yon, 2000). Esto nos ha llevado a explorar en la subjetividad de estos varones, escuchando sus propias voces, y de esta manera aproximarnos a la comprensión del papel que juegan las concepciones y prácticas masculinas en esta contradicción entre deseos y prácticas reproductivas. El objetivo de esta ponencia es presentar algunos resultados del análisis de testimonios de indígenas varones que ayuden a la comprensión de las prácticas reproductivas en el ámbito indígena rural, a partir de la exploración de sus imaginarios sociales respecto a la reproducción y a la manera como viven su masculinidad.

Características de la población y de las zonas de estudio

Los ámbitos de estudio fueron las regiones de Huancavelica y Puno. La primera ubicada en plena sierra sur-central del Perú. Se localiza entre los 3,000 y 3,700 m.s.n.m. Presenta una topografía accidentada con altas montañas cubiertas de nieve, desiertas punas y algunos valles donde la población mayoritariamente indígena realiza actividades principalmente agropecuarias. Casi siempre las temperaturas son bajas, cuyo promedio anual varía de 5°C a 8°C. Esta región es la más pobre del país, con el 95.4% de su población en pobreza y el 71% en pobreza extrema (Ministerio de Economía y Finanzas, 2001). Mientras que Puno se encuentra ubicada en la zona sur oriental del Perú, en el límite con Bolivia. Mantiene una topografía también accidentada, y posee un clima frío con una temperatura promedio anual de 9°C y de 3° C durante el invierno. Su capital es la ciudad de Puno, ubicada a orillas del lago Titicaca y sobre los 3 827 m.s.n.m Es la tercera región más pobre del Perú, con el 88.9% de su población en pobreza y el 54.8% en extrema pobreza (Ministerio de Economía y Finanzas, 2001). Es habitada por dos etnias indígenas, la quechua que es la mayoritaria a lo largo de los Andes peruanos, y la aymara que también habita en el altiplano boliviano. Las actividades más importantes de su población rural, son las agropecuarias.

La población estudiada estuvo compuesta por hombres de diversas comunidades indígenas rurales de Huancavelica (etnia quechua) y Puno (etnia quechua y aymara), quienes participaron en los talleres educativos organizados por el Proyecto REPROSALUD de la ONG Manuela Ramos durante el año 2000[96]. Este esfuerzo de recoger los testimonios de los participantes, formó parte de un estudio de base, realizado al inicio de los talleres, sobre sus conocimientos actitudes y prácticas en relación a la sa-

lud reproductiva. Las edades de los participantes oscilaban entre los 18 y 55 años, con una edad media de 34 años[97]

Aspectos metodológicos

Se desarrollaron, en cada comunidad involucrada, entre 3 y 4 sesiones de discusión sobre diversos temas de salud reproductiva y el número de asistentes estuvo en un promedio de 14 asistentes por sesión. Participaron en total 319 varones. Las sesiones fueron hechas en el idioma quechua o aymara, dependiendo de la etnia, lo cual permitió una mayor riqueza expresiva y fidelidad de lo dicho respecto a los imaginarios sociales de los participantes. Estas fueron dirigidas por un facilitador quechua o aymara hablante, entrenado por REPROSALUD y con una guía de discusión preelaborada. Las discusiones fueron grabadas y posteriormente traducidas y transcritas al español, recogiendo la versión de diversos traductores para garantizar la calidad de la traducción. El análisis de la información fue hecha en base a estos testimonios transcritos al español.

Este estudio nos exigió principalmente explorar en la subjetividad, en el sentido y significado que ellos asocian a sus conductas y en los supuestos que subyacen en su visión del mundo, por lo que se siguió la metodología de análisis de la investigación cualitativa. La manera como se recolectó la información resultó similar a los grupos focales, ya que se recogieron las opiniones, creencias, costumbres, lenguaje y los valores socialmente compartidos por los hombres, y se permitió que la interacción entre los participantes fomente la expresión de opiniones, e inclusive la existencia de opiniones contrarias presionó hacia opiniones más argumentadas.

Algunos aspectos conceptuales

Las concepciones de los varones en torno a la reproducción, están mediatizadas por los significados acerca de la fertilidad, la sexualidad, los vínculos entre padres e hijos, el sistema de géneros, la construcción de las identidades de género, propios de cada cultura. Toda cultura posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales, que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo humano determinado. En una sociedad heterogénea como la peruana, tener en cuenta tales componentes, resulta indispensable para entender las concepciones y prácticas en torno a los comportamientos reproductivos.

No obstante, y en la medida que los varones de las comunidades indígenas estudiadas están inmersos en una sociedad mayor con la cual interactúan permanentemente, mediante diversos hilos comunicantes -como la escuela, algunos medios de comunicación masiva, las migraciones

temporales hacia la ciudad y con los demás miembros de la comunidad que se nutren también de la normatividad hegemónica del macro sistema social por los mismos medios- están sujetos a los imperativos culturales de la sociedad en su conjunto, que se entremezclan con las particularidades propias de cada lugar.

De esta manera, se hace preciso tener en cuenta, para el análisis de las concepciones y prácticas de los varones participantes en torno a la reproducción, aspectos vinculados a la construcción social del género masculino en el macro sistema social y las repercusiones de los mismos en las decisiones reproductivas. Los estudios de la masculinidad con perspectiva de género han permitido develar la manera cómo se ha construido el género masculino en nuestras sociedades.

La teoría de género es la que más luces nos aporta para entender mejor la división de roles y responsabilidades, que hace la cultura hegemónica, en los ámbitos reproductivo y productivo y las relaciones de poder que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Las características asignadas al género son aprendidas y todo lo que constituye ser mujer o ser hombre, es construido histórica y culturalmente. Nuestro sistema de géneros, agrupa a los sujetos como cuerpos sexuados en dos géneros, el femenino y el masculino, y considera que la pertenencia a cualquiera de ellos hace a los sujetos diferentes entre si (Lagarde, 1992). A partir de las diferencias corporales se construye en cada sujeto un conjunto de cualidades, aptitudes, esquemas y destrezas diferenciadas. Así, las mujeres con capacidad de germinar vida en sus propios cuerpos han sido convertidas en cuerpos especializados en la maternidad y la procreación, en la reproducción de otros seres.

Mientras tanto, el varón, con órganos sexuales externos, y carente de la capacidad de desarrollar vida humana en su interior, no aparece la actividad reproductiva como su función principal. Cualquier varón que desee realizar su paternidad biológica debe asegurarse una mujer dispuesta a gestar, parir y cuidar el fruto de la concepción. Pero, para poder reclamar derechos sobre ese producto, requiere controlar los cuerpos femeninos y, en la medida que en la práctica no pueden separarse, también su sexualidad (De Barbieri, 1992). Ciertamente que en las áreas urbanas la separación entre la sexualidad y la reproducción es un proceso cada vez más avanzado, pero en las áreas rurales aún permanece este vínculo tradicional. Entonces, para ejercer este control, el varón deberá desarrollar habilidades de protección de lo doméstico frente a otros varones. Además, tendrá el rol de proveedor a través de actividades productivas en la esfera de lo público. Su dominio de lo público, lo único socialmente considerado como creativo, le otorga poder frente a las mujeres, seres especializados en la reproducción, aspecto que no otorga mayor prestigio social. Las actividades reproductivas no son consideradas creaciones culturales, pues eso les fue dado así por la naturaleza (Lagarde, 1992).

En síntesis, desde este enfoque se considera que género no solamente es tener determinado sexo, sino la valoración que social y culturalmente se le otorga a cada uno los dos géneros, el masculino y el femenino, y a través de esa valoración se construye una desigualdad social.

El hecho que los varones de las comunidades rurales indígenas asumen un rol preponderante en aspectos vinculados a la reproducción, como son los preparativos al parto, en el parto mismo (en muchas ocasiones haciendo las veces de partero) y en la atención al recién nacido, no niega que también en este caso sean considerados los roles reproductivos como preponderantemente femeninos. La precariedad económica y las dificultades en el acceso a los servicios de salud exigen la presencia directa de los varones en la esfera reproductiva, y hacen que el poder masculino se vea incrementado, dependiendo muchas veces de las decisiones de ellos, la salud y la vida de las mujeres (Ramos, 2003; MINSA, 1999). De la misma forma, si bien hay una gran complementariedad en las actividades productivas entre hombre y mujer, se considera que la responsabilidad la tiene el hombre, mientras que el rol de la mujer en lo productivo es de apoyo, como lo señala el siguiente testimonio de los varones participantes en el estudio:

La diferencia con los hombres es siempre un hombre tiene que trabajar para sustentar a la familia de la casa,,no pueden tener las mujeres tareas igual en la chacra que los hombres, en el trabajo siempre tienen trabajos suave y no pueden trabajar mucho, en cambio los hombres pueden hacer trabajos pesados y... más rendimiento tienen. (Chaupisahuacasi– Puno Quechua)

Mediante un largo proceso de socialización, las prácticas, los roles a jugar por cada género, aparecen como "naturales", y por tanto no se cuestionan. Así, apenas que el recién nacido es identificado por sus genitales como varón, la sociedad (la comunidad, el entorno familiar) le inculcará lo que entiende por ser varón, alentándole algunos comportamientos y reprimiéndole otros, fomentándole ciertas convicciones de lo que es ser varón y haciéndole sentir que pertenece a un colectivo masculino que ostenta determinados privilegios, superioridad y autoridad frente al colectivo femenino (Marqués, 1997). Esto mismo es graficado en los siguientes testimonios de los hombres que participaron en el estudio:

Viendo su sexo decimos: había sido hombre, había sido mujer, de acuerdo a eso nosotros le damos el trato, las hijas mujercitas deben aprender, lo que su mamita ,cocinar, todas cosas que hacen y, los hombrecitos deben aprender, deben hacer lo que un hombre hace, deben trabajar bien (Anco, Churcampa. Huancavelica)

La hija mujer no jugaría con juguete que sea carro, porque ella deber estar acostumbrada a cargar muñecas, desde chiquita ella ya ha aprendido a cargar wawa (bebé), y al hijo varón siempre le enseñamos para que sea profesional, por eso dejamos que maneje su bicicleta (Chucuito, Puno Aymara).

Siempre enseñamos que es más fuerte el hombre, (porque) está hecho de la tierra y en cambio la mujer es sólo de las costillas del hombre, por eso la mujer es menos. (Collini.Pomata.Chucuito–Puno Aymara)

El hecho que exista la cultura de la complementariedad entre hombre y mujer (chachawarmi), refiriéndose a la economía doméstica campesina, no significa, como lo señala Harris para la cultura aymara, que no exista una mayor valoración a lo masculino que a lo femenino: llamarle a una mujer "Chacha", por ejemplo, es felicitarle por su valentía, mientras que decirle "Warmi" a un hombre es acusarlo de cobardía (Harris, 1985).

Diversos autores han señalado que aunque las definiciones de masculinidad cambian constantemente de una cultura a otra, los hombres tienen en común la necesidad de demostrar que son varones, pues es una identidad que se tiene que probar ante la amenaza constante de perder el estado de "verdadero hombre". Desde la adolescencia, la sexualidad es un espacio privilegiado para comprender esta situación pues lo que una cultura define como el comportamiento sexual apropiado para los varones, requiere ser usado para demostrar la virilidad, independientemente de los deseos y preferencias de éstos, en una permanente tensión entre el deseo de placer y el de poder (Szasz, 1999). Otro rasgo importante en la conformación de la identidad masculina es el imperativo social para asumir el rol de proveedor. El empleo y la capacidad de proveer le aseguran la condición de adulto al varón, lo cual constituye el condicionante para poder establecer una familia y es la principal fuente de reconocimiento social. (Fuller, 1997). En el ámbito rural, por las labores productivas que requieren del empleo de la fuerza física, el rol de proveedor está sustentada también en la mayor fuerza física del varón respecto de la mujer, la cual es muy valorada y se convierte en otro campo de demostración viril.

Una manifestación que se desprende de la construcción de la masculinidad hegemónica es el permanente miedo a la burla de los otros, a la vergüenza ante actos que pudieran parecer poco viriles a los ojos de los demás. El verdadero temor de los varones es ser avergonzados o humillados delante de otros varones, o ser dominados por varones más fuertes. En este sentido, la homofobia más que el miedo irracional por los hombres homosexuales, es el miedo a que otros hombres revelen al propio hombre y al entorno social que no alcanzan los estándares para ser considerados verdaderos hombres (Kimmel, 1997). Así, el temor a ser señalado como

"saco largo" o "pisado", es decir alguien que por sus roles y por su papel dominante no se distingue de las mujeres; o como "cornudo" o sea quien no supo controlar o resguardar la sexualidad de su mujer frente al acoso de otros hombres más viriles que él, persigue a los varones y crea condiciones desfavorables para las mujeres, tanto en la posibilidad de compartir responsabilidades en lo doméstico, como en el incremento de la violencia contra ellas, ante cualquier acto que le produzca sospecha de una posible infidelidad.

Estos son algunos de los elementos que forman parte de la construcción social de la masculinidad y que, como veremos, son compartidos por el espacio indígena rural, jugando papel importante en el sistema de decisiones en torno a la reproducción.

La reproducción y la paternidad en el ámbito indígena rural

La paternidad constituye un hito importante en la construcción de la identidad masculina, es el momento culminante de su reconocimiento social como varón adulto, es decir como varón pleno. Los significados de la reproducción y de la paternidad se entremezclan en las concepciones y actitudes de los varones indígenas rurales, y se hace sumamente difícil separarlos. Las razones por las cuales se debe tener hijos van desde la demostración de la virilidad, pasando por consideraciones prácticas de supervivencia, hasta motivaciones afectivas. Todas ellas tendrán fuertes repercusiones en las decisiones reproductivas.

En el contexto de la construcción social de la masculinidad hegemónica, para un varón adulto resulta central demostrar a la sociedad que es sexualmente activo, y por ende que es un varón "a carta cabal", capaz no sólo de tener mujer, sino de engendrar hijos.

> *Si no tenemos hijos, la comunidad cómo nos miraría. Crítica es pues...A veces dicen "capón, capón sin hijos", ja, ja, (Natividad, San Mateo, Huancavelica)*

Un elemento importante se añade en las zonas rurales indígenas. Es la capacidad de engendrar hijos varones, como prueba de la virilidad y es frecuente la burla a quienes sólo procrean hijas.

> *Moralmente baja no tener hijos varones, porque la gente les dice que son maricones que no puede, que no sabe, le dicen "o yo te lo hago" (ríe la mayoría) (Barrio Alto, Asunción, Juli, Puno Aymara).*

> *Cabe decir que a veces hay burlas, de que el varón no puede tener hijo varón ¿no?. Solamente puede tener hijas mujeres (Sor Ana, Churcampa, Huancavelica).*

Encontramos algunos testimonios que nos explican el porqué pone en cuestión la virilidad el no tener hijos varones. En estos, se traslucen el significado de la demostración del dominio masculino frente a lo femenino en todos los planos, incluyendo no sólo el acto sexual, sino también el de la concepción.

Digamos que en una familia haya puro varones, eso seria porque la sangre del varón debe de ser fuerte, por eso puede tener puro hijos varones, a veces también cuando la mujer tiene sangre bien fuerte pueden tener pura hijas mujeres (Flor Pucara, Juli, Chucuito, Puno Aymara)

Las razones que se esgrimen con mayor frecuencia para preferir los hijos varones, generalmente son de carácter práctico, vinculadas a la continuidad del apellido, a la mayor capacidad para el apoyo en las actividades agrícolas y a la mayor posibilidad de ayuda económica durante la vejez en comparación con las hijas mujeres.

Cuando nace un varoncito empezamos a challar (a festejar), a cantar, entonces ahí comienza el machismo ¿no?, Porque decimos 'machito me he sacado, va llevar mi apellido, yo había querido eso' (Arcupata, Juli Chucuito, Puno Aymara).

Se sienten orgullosos los papás porque dicen, "el varón va a trabajar junto conmigo", si yo piso adobe él también pisará el adobe, va ser fuerte en el trabajo (Arcupata, Juli, Chucuito, Puno Aymara).

Esta obsesión social por los hijos varones tendrá efectos en las decisiones reproductivas, en tanto por buscar el hijo varón, que permita el reconocimiento social de la virilidad, se podría aumentar el número de hijos, más allá del número inicialmente deseado.

Bastante se hacen de hijos porque a la primera no sale varón , en la segunda tampoco, y se van amontonando de hijos por querer buscar que no muera el apellido (...) por ejemplo, tengo un cuñado que por buscar el hijo varoncito, ya ahorita tiene pura de ellas mujeres, y él sigue buscando el varón (Sor Ana, Churcampa, Huancavelica).

La mayor parte de los testimonios de los varones participantes en los talleres, abunda en las razones por las cuales resulta para ellos muy importante tener hijos. Una de ellas, compartida en todos los lugares, es tener a los hijos como seguro para la vejez. Otra de las razones importantes, es el de la herencia, planteando que el tener hijos es lo único que le daría sentido trabajar para acumular bienes, en la medida que sabrían para quiénes trabajan y quiénes les darían continuidad a sus esfuerzos. Un motivo que parecería muy abstracto, pero que tiene mucha conexión con lo an-

terior, es la importancia de perpetuar la familia a través del apellido. Unida a las anteriores, la motivación que más se repite es el de la paternidad, entendiéndola como la relación afectiva con los hijos dentro de la crianza, y la necesidad imperiosa, que ellos manifiestan, de esa carga amorosa. También relacionado con lo anterior, el tener hijos representa el símbolo máximo de la unión conyugal y garantía de amor y estabilidad en la pareja.

Una característica importante de la masculinidad es la capacidad de ser proveedor, así la figura del padre responsable para con su hogar y sus hijos, es socialmente la más legitimada. La irresponsabilidad masculina, respecto a ese rol, es rechazada socialmente y no se condice con el verdadero hombre, aunque sí con el "machista" del cual la mayoría intenta tomar distancia. Las precarias condiciones económicas, las mayores exigencias en las áreas rurales de invertir en la educación y la salud de los hijos y la figura de padre patriarcal, proveedor y responsable, están permitiendo que caiga paulatinamente, en la mayoría de los varones, el símbolo de la alta fecundidad como prueba de mayor virilidad, recusándose a quienes aún mantienen esa creencia.

> *Hay hombres que somos irresponsables, de los hijos a veces nos olvidamos, a veces nos vamos por vicio, nos olvidamos de nuestra casa de nuestros trabajos, los dejamos más que nada a la madre nomás que se preocupe de los hijos, de su comida, su educación (Natividad, San Mateo, Huancavelica).*

> *Yo trataría de responder de que se trata de una cuestión equivocada de machismo tonto, el hombre que mientras más hijos tiene es mas macho, eso he escuchado en muchas partes. En relación que he tenido amigos y todo, existe la creencia de que el más macho tiene más hijos (Natividad, San Mateo, Huancavelica).*

Diversas concepciones conviven en los discursos masculinos, algunas de manera contradictoria, respecto a la importancia de tener hijos. Muchas de esas contradicciones estarían en relación, por un lado, a los cambios que los varones perciben en el macro sistema social y que desestabilizan sus patrones anteriores. Y por otro, a los cambios en las condiciones materiales de vida. Así por ejemplo, una permanencia como es la necesidad de engendrar hijos varones que conlleva muchas veces a tener más hijos de los deseados, entra en contradicción, por una parte, con el deseo de tener pocos hijos dada la imposibilidad de mantener adecuadamente a un numeroso contingente de ellos. Resulta interesante comprobar que, junto a razones prácticas de tener hijos, como la seguridad para la vejez, la herencia y continuidad del apellido, la ayuda en las labores cotidianas, etc. esté fuertemente presente la paternidad, no sólo como un rol que cumplir frente a los hijos, sino como una necesidad de afecto

sentida por los varones y de una gran compensación emotiva en el mismo ejercicio de la paternidad.

Las decisiones reproductivas en el ámbito indígena rural

Los varones participantes, casi unánimemente son conscientes de las grandes dificultades económicas que tienen que afrontar para proveer de medios de subsistencia a una numerosa prole, siendo ésta su principal preocupación

> *Tristes nomás (estamos), no hay plata para vestimenta, porque el otro pide zapato, el otro uniforme, el otro está en secundaria, el otro en primaría ¡Ah!..Ahora los hijos vienen hacer crisis de la familia. Porque, si (yo) tendría algo profesión claro que aportaría, pero cuando uno es agricultor no tiene casi mucha entrada, entonces el otro pide, el otro también pide, pero no hay esa facilidad, el otro dice yo, el otro también dice yo. Cuando se le compra un par de zapatos para uno, los menores dicen para mi, para mi, así dicen pue'. (Collini, Chucuito, Puno Aymara)*

> *Económicamente nos afecta. A veces cada padre no puede mantener a varios hijos pero así pocos hijos, sí. (San Cristobal de Chamacampo, Azangaro, Puno Quechua)*

Un aspecto fundamental, que podría estar marcando diferencias con épocas anteriores, es la preocupación por darles educación a los hijos, incluyendo a las hijas mujeres, con la esperanza de lograr algún nivel de movilidad social. La necesidad de la educación está muy interiorizada en la conciencia de los varones rurales, pero esta exige contar con los medios económicos para sufragar estos gastos que sus reducidos ingresos de producción agrícola de subsistencia no podría cubrir, lo cual preocupa a los varones.

> *A veces también ellas dicen 'papito a mi hermano le has puesto a ese colegio ahora yo también voy ir ahí', y eso ya preocupa (...) De repente no podemos tener alcance suficiente para dar educación a los hijos. Es que ahora al hijo y a la hija también se le hace educar, ahora ya no hay herencia, eso es en vez de herencia (Collini, Pomata, Chucuito, Puno Aymara).*

Entonces, hay una tendencia en los propios varones en querer limitar el número de hijos, porque reconocen que sólo con una familia pequeña estarían en mejores condiciones de dar mayor educación a sus hijos.

Cuando se indagó la relación entre sus deseos y prácticas reproductivas, encontramos que existe una brecha entre el deseo de tener entre 2 y 3 hijos y el número de hijos tenidos que se ubica en 4 o 5 hijos en

promedio. El número ideal de hijos, en las comunidades donde se reportó esta información, está alrededor de tres, con variaciones en donde se planteaban 3 o 4 hijos, y con voces muy aisladas que proponían cinco o más. Igualmente en todas ellas plantearon mayoritariamente que a partir de cuatro eran muchos hijos. Estas opiniones concuerdan con las de las mujeres que participaron en talleres paralelos en las mismas comunidades (Al respecto ver Yon, 2000)

Las razones para preferir tres hijos son de dos tipos, por un lado, las razones económicas, es decir la imposibilidad de mantener más de ese número; por otra, una razón vinculada a los niveles de mortalidad que aún resultarían altos en esas zonas. Es decir, que si no existiese el peligro de que por lo menos un hijo se muera, el ideal sería de dos hijos.

Tres hijos, porque puede morirse uno y cuando son dos, uno se muere y el otro se queda triste solo, en cambio si son tres uno se muere y entre dos se quedan con compañía (Barrio Alto. Asunción. Juli – Puno Aymara).

La preferencia por el mayor número de hijos varones, un elemento central en las decisiones reproductivas de los varones y que tiene alguna repercusión en el número de hijos alcanzado, es casi unánime en todas las comunidades. Los tres hijos, que constituye el número ideal de hijos que se desea tener, estarían determinados por el deseo de tener dos hijos varones y una hija mujer[98].

Las razones para ello son de dos tipos. Una mayoritaria, de tipo práctico, en la que se señala que los varones son una mayor ayuda para el trabajo agrícola, mientras que basta una sola hija para ayudar a su madre en las labores domésticas. Existe el temor que alguno de los hijos varones muera y quede sin protección la continuidad en la subsistencia económica del hogar.

Dos varoncitos y una mujercita (...) porque cuando hay dos varones no se pierde el apoyo. Si uno muere, el otro queda para apoyo. Una mujer solamente para que ayude a su mamá..... (Natividad San Mateo - Huancavelica).

La otra razón, que es más de carácter cultural y que tiene un contenido discriminatorio respecto a la mujer, manifiesta el deseo del varón de perpetuarse a través del hijo, lo cual se expresa simbólicamente como la necesidad de mantener su apellido.

Dos varones, porque el varón es más valorado, porque lleva el apellido y en la mujer muere el apellido. Cuando la mujer agarra su esposo ya desaparece el apellido (...). Sólo una hija para que acompañe a su mamá. (Collini Pomata.Chucuito – Puno Aymara).

Dos serían las causas de tener muchos hijos más mencionadas por los hombres. La primera, no haber tenido anteriormente información sobre los métodos anticonceptivos y las formas de planificar el tamaño de la familia.

No sabemos cuidar(nos) o utilizar también métodos anticonceptivos para tener pocos hijos (Pesquecucho – Puno Quechua).

Antes pues, no había esta planificación, yo no sabia como hacer para tener menos hijos (Collini Pomata Chucuito – Puno Aymara).

Ni yo, ni ella no conocíamos eso de traer bebes...solamente por no conocer hemos traido varios hijos a este mundo (Chucllaccasa. Yauli Huancavelica).

La segunda, es la actitud prepotente y de abuso sexual contra la mujer, definida por ellos mismos como machista, sobre todo los días en que ella estaría en peligro de quedar embarazada.

El problema está en que el marido no está presente, está ausente y precisamente él llega en el momento de peligro y entonces la mujer no quiere hacer el uso sexual y como el hombre ha venido angustiado, entonces el hombre insiste e insiste y entonces ahí ya pues viene un niño, entonces las mujeres lo acepten sin querer (Natividad-San Mateo- Huancavelica).

Es claro que los varones participantes en los talleres desean tener menos hijos que las generaciones anteriores y el número ideal es similar al que plantean las mujeres (Yon, 2000). De esta manera, no aparece en los testimonios, como una causa que explicaría la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real, la persistencia de los varones en tener un mayor número de hijos como prueba de mayor hombría. Significa para los varones una gran preocupación, dentro de su muy enraizado rol de proveedor, el cómo mantener a los hijos en las precarias condiciones económicas, y con metas mayores que las generaciones anteriores respecto a darle una mejor educación a hijos e hijas. La preferencia por un mayor número de hijos varones es explicado por razones prácticas, vinculadas a las características de supervivencia en el medio rural, pero constituyen condiciones para la discriminación contra la mujer en relación a oportunidades de desarrollo personal, e incluso en la distribución de los afectos.

Los mismos varones señalan algunas pistas respecto a las causas por las cuales aún se mantiene el alto número de hijos, a pesar del deseo de una familia menos numerosa. Por un lado estaría la falta de información y/o acceso a los métodos anticonceptivos modernos, y por otro, las acti-

tudes de violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que ellos definen como machistas, y que en seguida analizaremos.

Actitud frente a los métodos anticonceptivos modernos - MACs

Durante toda la década de los 90's el gobierno peruano, presidido por Alberto Fujimori, consideró como política prioritaria, dentro de las estrategias para reducir la pobreza, disminuir significativamente el nivel de la fecundidad. Para ello lanzó una incisiva campaña de control de la natalidad, focalizando muchos de esos esfuerzos en las áreas rurales, donde los establecimientos de salud contaron con importantes suministros de métodos anticonceptivos. Sin embargo encontraron mucha resistencia para su uso en la población indígena. En los últimos años de esta década el gobierno impulsó en el ámbito rural campañas de esterilizaciones quirúrgicas de manera coercitiva, violando los derechos reproductivos y humanos de las mujeres, y que fuera denunciado nacional e internacionalmente.

En el acápite anterior se señaló que una de las causas de tener una prole numerosa era el desconocimiento de métodos de planificación familiar. Sin embargo, la mayoría de estos mismos varones, en casi todos los lugares donde se desarrollaron los talleres, afirmaron conocer una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos -MACs.

Conocemos T de cobre, píldoras, método calendario, ligadura de trompas, norp plant, para varones también hay vasectomía, condón (Natividad- San Mateo–Huancavelica).

Las maneras como los varones se han enterado de la existencia de los MACs, e incluso han logrado memorizar sus nombres, han sido múltiples, está la información propalada por los medios de comunicación a los cuales ellos tienen acceso y las campañas de capacitación y de "captación" de usuarias y usuarios de los servicios de salud.

Las que trabajan en la posta han venido desparramando está información acerca de los métodos, mediante radio, en capacitación así (...) Mi esposa está en PANFAR, ella ya sabía con que cuidarse, pero yo no le dejaba para que utilice esas cosas, sobre todo porque yo no conocía bien, y desde ese día yo buscaba para saber y conocer, ahora ya estoy conociendo, aunque todavía no he visto, pero ya sé sus nombres. Pero los hombres todavía no saben, pero ahora ya está llegando a nuestro pueblo cursos como estos, entonces ya estamos aprendiendo todos los varones (Natividad-San Mateo–Huancavelica).

A las familias le han dado condones, claro también he probado, mismo no utilizo (...) Tampoco no utilizo estos, pero claro así nos ha

dado folletos cómo se puede hacer curar las señoras, así nos ha enseñado (San Cristobal de Chamacampo.Azangaro –Puno Quechua).

Tenemos, entonces, que si bien los varones manifiestan conocer la existencia de una gran variedad de métodos, a la vez señalan no desear utilizarlos. ¿Qué concepciones e información están manejando que explique este divorcio entre sus deseos, sus conocimientos y sus prácticas?.

Una de las razones por las cuales los hombres tienen una actitud negativa al uso de métodos anticonceptivos modernos es por la creencia que estos son la causa de múltiples enfermedades de las mujeres, pero también de los hombres, la cual es alimentada por la mala práctica médica en algunos casos y por la falta de información respecto a las posibles molestias o efectos secundarios de la utilización de estos métodos.

El T de cobre puede llevar a la muerte, porque dicen que se puede pegar al útero, y a otros costado de la carne puede dañar y para eso solo tiene que hacerse operar, si no se puede morir (Collini.Pomata.Chucuito –Puno Aymara).

Ah; píldoras, por lo general, les choca a todas las que sufren por decir al cerebro; hasta el cuerpo de igual manera, irregularidad de la regla, nervios da (Pesquecucho –Puno Quechua).

Los inyectables dicen que a las señoras les hace tener cáncer en la madre, y la sangre de la menstruación se vuelve podrido eso es descenso (....) A veces se puede seguir teniendo hijo y puede salir cojo, o con otras enfermedades (Collini.Pomata.Chucuito –Puno Aymara).

El espiral había sido muy peligroso, por que dicen que una señora se había hecho colocar y por causa de esto la señora había perdido la vida. (Collini.Pomata.Chucuito –Puno Aymara)

El óvulo puede afectarlo al hombre (...) porque es fuerte ... Puede caer infección, al pene. (Natividad-San Mateo- Huancavelica).

Otro obstáculo para el uso de estos anticonceptivos lo constituye una característica de la cultura hegemónica, que impone al varón el papel socialmente asignado de protector de la pureza sexual de las mujeres frente al acoso de otros hombres, que como él, siempre estarían en posición de conquista. En el fondo es el miedo al ridículo frente a los pares, ante quienes quedarían como incapaces de guardar la sexualidad de sus mujeres ante otros varones supuestamente más viriles que ellos [99]. El gran temor a la infidelidad de sus esposas con el uso de métodos anticonceptivos modernos es porque sienten que la sexualidad femenina se escapa de su control. Esto se manifiesta en su negativa a que las mujeres solici-

ten la asistencia de profesionales de salud varones pues significaría una posibilidad directa de exposición a la infidelidad.

Mucha gente de la altura no utilizan los métodos por que dice el esposo "no, tú me vas a sacar la vuelta", como se dice de los celos. Yo digo que deben de (sacar) la vuelta, porque como no van a recibir hijo, dirán no importa, mejor es probar otro (Arcupata.Juli.Chucuito –Puno Aymara).

No estaría bien que se vaya al centro de salud a pedir método, yo también diría por engañarme iría, será su costumbre diría, esta mujer querrá que otros la toquen (Natividad - San Mateo - Huancavelica).

Esa oposición a que la esposa vaya al centro de salud es más que todo por los celos, porque cuando mandamos a nuestras señoras, tiene que hacerse revisar. Entonces la gente dice "ese está mandando a la posta y ahí todo se hace revisar, no es buena, se hace mirar todo la Chojorasiña (vagina), no tiene vergüenza" (Collini.Pomata.Chucuito - Puno Aymara)

La aceptación mayoritaria de los hombres de utilizar el método del ritmo como método anticonceptivo, es porque lo consideran inocuo. Pero también, aunque no lo expresan, porque les daría la posibilidad de guardar para si esta capacidad de control de la sexualidad femenina. Pero el hecho que a la vez exista mucha confusión entre los varones para delimitar los días fértiles, constituye también un peligro de embarazos no deseados.

Aquí nos cuidamos con el calendario nomás (...). La ventaja sería que es fácil y práctico. Aunque a veces no llevan bien la contabilidad en los días y viene ese problema, se equivocan y resultan a veces los hijos ¿no?, o sea no saben utilizar el método del ritmo. También por ahí puede ser que se nos va la mano, no. Uds. saben, podría ser que un hombre se marea y de mareado pues quiere tener relaciones sexuales y se le escapa el tiro (Pesquecucho –Puno Quechua)

Paradójicamente, la mayor información que reciben los varones del medio rural respecto a los MACs, no ha significado una alternativa eficaz para responder al deseo de controlar su fecundidad y reducir su tamaño familiar, sino más bien una especie de rechazo "informado". Es decir, ahora que tenemos información respecto a cada método, los rechazamos porque son contraproducentes para nuestra salud. Dos poderosas razones estarían actuando en este resultado contradictorio. Por un lado, se evidencia graves distorsiones en la información recibida, por lo que habría que indagar por el lado de los proveedores de la información y los servicios, respecto a las estrategias y contenidos educativos desarrollados. Muchos se

basan también en las malas experiencias en el uso de MACs por parte de algunas mujeres en sus comunidades, lo cual se debería a una inadecuada práctica profesional y/o a la desinformación respecto a los probables efectos secundarios de algunos de los métodos. Hay que tener en cuenta la inmensa expectativa de ellos respecto a distintas alternativas de planificación familiar que los mantiene atentos a las experiencias de los demás, unido a su temor natural ante lo desconocido y, a diferencia de las ciudades, la gran comunicación entre los miembros de las comunidades rurales, que hacen que cualquier experiencia negativa sea magnificada y tenga un efecto multiplicador muy grande en los niveles de rechazo.

Por otro lado, los aspectos culturales, referidos a las relaciones de género, siguen constituyendo frenos para el uso de los MACs, los cuales de ninguna manera son exclusivos del medio rural, sino que son compartidos por el macro sistema social en su conjunto. La manera en que se han construido los géneros en nuestra sociedad, otorgándole el poder y dominio del varón sobre la mujer, y cuya base precisamente está en el control de la sexualidad y la reproducción femenina, significan aun una barrera para la autonomía y el control de sus cuerpos por parte de las mujeres, pero también están produciendo un resultado adverso a los deseos y al bienestar de los mismos varones.

La violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Una de las dos causas fundamentales que señalaron los varones para explicar la gran brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad real fue el abuso contra las mujeres y la irresponsabilidad masculina frente al control de la reproducción. En la misma línea de demostrar hombría se ubican las prácticas sexuales inclusive a costa de la violación de los derechos sexuales de las mujeres, sin incluso respetar sus días fértiles, lo cual es causa directa de hijos no deseados. Se aduce necesidad de satisfacción de deseos sexuales irrefrenables o se justifican esas prácticas alegando el estado de embriaguez, lo cual es considerado también como otra expresión de hombría.

También nos pasa por ser machistas, a veces cuando vamos a trabajar, nos invitan traguito y vamos borracho y lo agarramos a la fuerza así no, a nuestra mujer cuando no esta queriendo y en eso, si esta en sus días de peligro, ¡ah, ya se jodió! (Natividad-San Mateo-Huancavelica).

A veces el hombre por ser varón de repente venimos un poco mareado no y si ya encontramos a nuestras mujeres este ya …. Entonces el varón a veces ese rato, estamos que decidimos ya va a ser

difícil de encontrar a la mano un condón (Vilcallama, Chiñihuso, Juli – Puno Aymara)

Los hombres afirmaron mayoritariamente que las mujeres tienen derechos sexuales que deben ser respetados, como el derecho a negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desean. Todos reconocieron, sin embargo, que esta situación no se da en la práctica y que ellas ven constantemente violados sus derechos, sobre todo cuando los hombres ingieren alcohol. No obstante, los derechos sexuales de las mujeres tendrían sus límites, frente a las "obligaciones sexuales" para con el marido, al margen de sus propios deseos.

Conclusiones

En síntesis, no es que existan deseos reproductivos distintos entre varones y mujeres – no aparece mayoritariamente la persistencia de los varones en tener un mayor número de hijos como prueba de mayor hombría, una de las características tradicionales del machismo latinoamericano que se podía suponer aun persistía en el medio rural. Sino, más bien, son las propias contradicciones en la construcción de la masculinidad, que hacen que los deseos de los hombres de una familia pequeña se contrapongan con sus prácticas.

Así, por un lado está su rol de proveedor, en un contexto de precarias condiciones de vida y donde la educación de los hijos e hijas constituye un importante elemento de prestigio social, lo cual le obliga en pensar en pocos hijos. Por otro, la necesidad de demostrar hombría ante si mismo y los demás, tanto al engendrar hijos hombres como en el gran temor a la infidelidad de sus esposas con el uso de métodos anticonceptivos modernos, porque sienten que la sexualidad femenina se escapa de su control. Esto se manifiesta en su negativa al uso de estos métodos y a la asistencia de profesionales de salud hombres pues significaría una posibilidad de exposición a la infidelidad.

En el mismo sentido, está presente la necesidad de demostrar virilidad, buscando demostrase a si mismo y a los que lo rodean que es siempre activo sexualmente, y que como todo varón sus necesidades sexuales son irrefrenables. Esta necesidad es satisfecha inclusive a costa de la violencia sexual contra las mujeres y con consecuencias en la generación de embarazos no deseados. Ciertamente, ellos perciben que estas actitudes cada vez son menos aceptadas socialmente y por tanto las intentan justificar con los efectos del alcohol que volvería a sus instintos incontrolables. En tanto la ingesta de alcohol y el consecuente estado de ebriedad son considerados como necesarias válvulas de escape de todo varón, la embriaguez y el abuso sexual son planteados como un círculo vicioso. En el fondo se mostraría la contradicción dentro de ellos mismos,

entre lo que perciben que va ganando mayores consensos como lo correcto e incorrecto en términos sociales y lo que aún consideran como una forma de demostrar poder y hombría ante si mismos y sus pares.

En última instancia, la necesidad de afirmar su masculinidad, siguiendo el modelo hegemónico del macro sistema social, se impone, convirtiéndose en un factor fundamental de riesgo para la fecundidad no deseada que contradice los derechos reproductivos de las mujeres, pero también de los mismos varones.

Notas

[1] Universidad Peruana Cayetano Heredia – Facultad de Salud Pública y Administración. Lima – Perú.

[2] La tasa de fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si fueran evitados todos los nacimientos no deseados

[3] REPROSALUD es un proyecto financiado por USAID, cuyo objetivo preliminar fue empoderar a las mujeres campesinas, desarrollando una concientización en los derechos ciudadanos en el campo de la salud reproductiva. Sin embargo, por presión de las mismas mujeres, se tuvo que incluir a los varones en los objetivos de capacitación.

[4] Ver Tabla 1 en el anexo

[5] En lengua aymara, Chacha es hombre y Warmi es mujer.

[6] Sobre la mayor valoración del hombre respecto de la mujer en el mundo andino ver también Flores, 2001.

[7] Ver en el anexo, la Tabla 2, que fue construida en base a las opiniones predominantes en algunas comunidades en las que se recogió esta información.

[8] Al respecto, ver en el Anexo la Tabla 3, construida con las opiniones predominantes de los campesinos participantes en el estudio.

[9] Los hombres, en tanto asociados al mundo exterior, protegen políticamente la pureza de las mujeres. El honor de un varón, del que depende su reconocimiento público como varón y por tanto su autoestima , está comprometido en la pureza sexual de su madre, esposa, hijas y hermanas, caso contrario sería objeto de ridículo y de oprobio (Fuller, 1997)

Bibliografía

DE BARBIERI, Teresita, (1992). *"Sobre la categoría de género. Una introducción teórica- metodológica".* En Revista Interamericana de Sociología. Nº 2 y 3. México, Mayo – Diciembre, Año VI.

FLORES, Carlos. (2001). "Cómo se educa para ser mujer y varón en las comunidades campesinas andinas quechuas". En: Allpanchis Nº 57, Año XXXI. Cusco. Pags. 23 – 47.

FULLER, Norma. (1997). *"Identidades Masculinas".* Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

HARRIS, Olivia. (1985). *"Una visión andina del hombre y la mujer".* En: Allpanchis Nº 25, Año XV: XXI. Cusco. Pags. 17 – 42.

INE. (1988). "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1986)". Perú.

INEI. (2001). "Encuesta Demografica y de Salud Familiar 2000". Lima, Perú.

LAGARDE, Marcela, (1992). *"Identidad de Género".* Mimeo. Curso ofrecido en el Centro Juvenil "Olof Palme", OCSD-OIT-OPS-AOS, Managua- Nicaragua.

MARQUÉS, Josep-Vicent, (1997). *Varón y patriarcado.* En: Masculinidad/es. Poder y crisis. Valdés, Teresa y Olavarría, José (eds.). Santiago de Chile. Isis Internacional y FLACSO Chile. Ediciones de las Mujeres N° 24. Págs. 17 – 30

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS, (2001). "Hacia la búsqueda de un nuevo instrumento de focalización para la asignación de recursos destinados a la inversión social adicional en el marco de la lucha contra la pobreza". Documento de Trabajo, Lima.

MINISTERIO DE SALUD – PROYECTO 2000. (1999). El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú". Lima.

RAMOS, Miguel. (1996). *"Diagnóstico Sociodemográfico de la Región Inka".* CBC – Gobierno de la Región Inka – Fondo de Población de las Naciones Unidas. Cusco.

RAMOS, Miguel. (2003) "*¿Qué pensaban los hombres antes del proceso educativo?* En: ReproSalud – Movimiento Manuela Ramos. Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva. Lima. Págs. 35-54

SZASZ, Ivonne. (1999), "*Algunas Reflexiones sobre la Sexualidad de los Hombres a partir de los Estudios de la Masculinidad".* En: Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año III, N° 8, México.

YON, Carmen. (2000). "Hablan las Mujeres. Preferencias reproductivas y anticoncepción". Movimiento Manuela Ramos. Lima.

ANEXO

Tabla 1
Grupos de edades de los participantes en el estudio, según regiones seleccionadas – Perú, 2000

REGIONES	GRUPOS DE EDADES					TOTAL	Edad media
	18-20	21-30	31-40	41-50	51 -55		
Huancavelica	20	57	54	21	6	158	31.8
Puno quechua	8	21	22	23	10	84	36.3
Puno aymara	9	21	20	19	8	77	35.1
TOTAL	**37**	**99**	**96**	**63**	**24**	**319**	**33.8**

Tabla 2
Número de hijos deseados, según comunidades indígenas participantes – Perú, 2000

Comunidades indígenas	Número de hijos deseados por la mayoría		
	Pocos	Ideal	Muchos
Pesquecucho – Puno quechua	2	3	4 y +
Cristobal de Chamacampo, Azangaro, Puno quechua	2	3-4	4-5 y +
Collini.Pomata.Chucuito – Puno aymara	2	3	4 y +
Barrio Alto. Asunción.Juli – Puno aymara	2	3	4 y +
Chucllaccasa.Yauli.Huancavelica	2	3	4 y +
Natividad-San Mateo- Huancavelica	1-2	3	4 y +

Tabla 3
Número de hijos deseados, según el sexo preferido de ellos por comunidades indígenas participantes – Perú, 2000

Comunidades	Varones	Mujeres
Pesquecucho – Puno Quechua	2	1
San Cristobal de Chamacampo. Azangaro – Puno quechua	2	1
Collini.Pomata.Chucuito – Puno aymara	2	1
Barrio Alto. Asunción.Juli – Puno aymara	2	2
Chucllaccasa.Yauli.Huancavelica	2	1
Natividad-San Mateo – Huancavelica	2	1