

Perfiles de fecundidad de las comunas de Chile y la coexistencia de diferencias en el estado de salud concomitante con otras desventajas socio-demográfica.¹

Ana J. Zepeda Ortega²

Resumen

El tránsito de Chile hacia niveles de baja fecundidad conlleva enormes desafíos, por lo que conocer de las realidades que conviven al interior del país, puede ser relevante para las políticas públicas. Por tanto el objetivo de este trabajo es examinar los perfiles de fecundidad comunales (menor subdivisión administrativa) de Chile con vista a evaluar la coexistencia de diferencias de salud que pudieran estar relacionadas con determinados perfiles y/o con ciertas desventajas socio-demográficas.

La investigación se centró en 2009, cuyas fuentes fueron: estadísticas vitales y CASEN 2009³ (encuesta de hogar, probabilística y representativa nacional). Las comunas fueron clasificadas en 4 grupos acorde con su ubicación en la gráfica de tasa específica de fecundidad adolescentes (TEF_a) y la global de fecundidad (TGF), dividida en cuadrantes por los valores país. Los indicadores socio-demográficos fueron hogares con: adolescente con hijos (AD_h), Jefe mujer con hijos <15 años (JM_h), ruralidad, indigencia, etnicidad, desocupación y asalariados sin contrato (ASC). Los de salud fueron: hogares con problemas de salud no resueltos (PSNR) y, personas con mala salud auto-percibida (MSAP).

Los resultados muestran que 42.1% de las comunas tiene perfiles con altas TEF_a y TGF. Estas comunas muestran un porcentaje significativamente mayor de: AD_h, JM_h, , etnicidad y, ASC en comparación con las de baja TEF_a y TGF (30%). Estas últimas, concentran la población que poseen altos niveles socio-económico y de educación.

Estos datos confirman que vulnerabilidad demográfica y desventaja social siguen asociados a alta fecundidad, particularmente de adolescentes. Sin embargo no se observa una diferencia muy consistente entre estos perfiles de fecundidad, en cuanto a su percepción de desmedro de salud.

¹ Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Lima, Perú 12 al 15 de agosto de 2014.

². Universidad de Valparaíso, Chile, Escuela de Tecnología Médica, sede San Felipe y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Programa de Doctorado en Demografía. E-mail: ana.zepeda@gmail.com

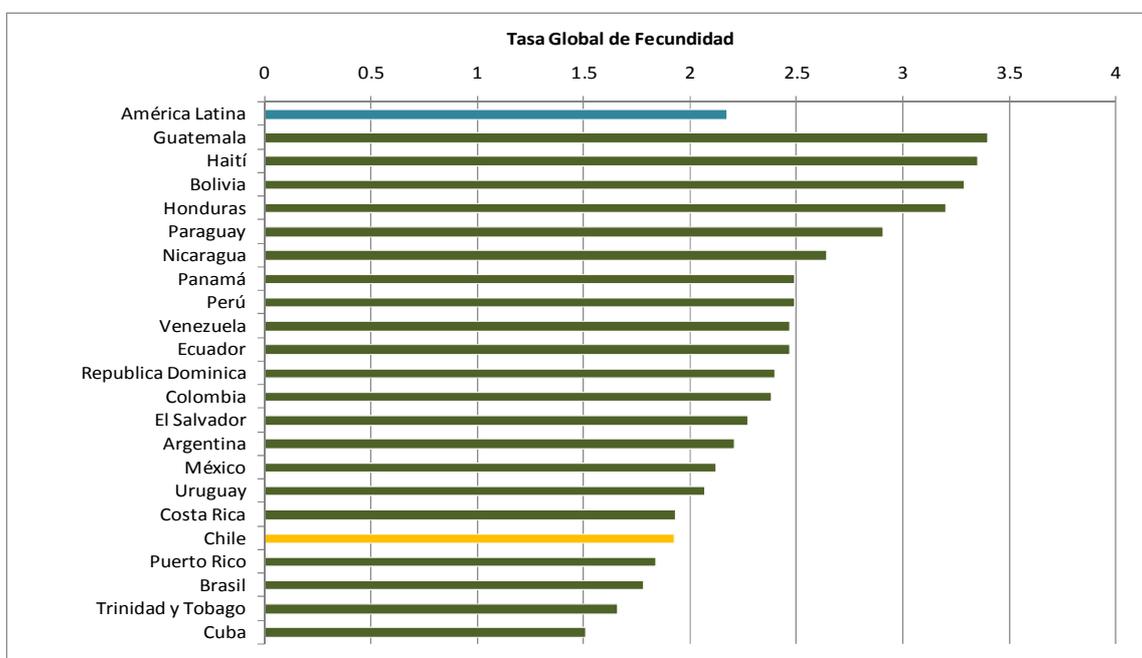
³ Agradezco al Ministerio de Desarrollo Social de Chile por permitirme disponer de los datos. Los resultados del estudio son de mi entera responsabilidad y no comprometen a dicho Ministerio.

Introducción

En Chile ha observado un rápido y sostenido descenso de su fecundidad, donde la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) bajó de 35.5‰ a 14.4‰ en 2011 (INE, 1963; INE, 2013). Este proceso se inició en los años 60, al igual que en la mayoría de los países de América Latina. Es así como, mientras en la región se observaba una reducción en nivel de fecundidad, medido a través de la tasa global de fecundidad, de 6.0 hijos por mujer a 2.17 (UNFPA, 2010). En Chile este mismo indicador pasó de 5.43 hijos por mujer a 1.89 entre 1960 y 2011 (INE, 2013). Esto representa una baja del orden de 65.2% lo que pone a Chile entre los países latinoamericanos con menor fecundidad (Figura 1). Además, la cifra alcanzada está por debajo de 2.1, es decir es inferior al valor que se considera apto para asegurar el reemplazo generacional de la población.

Figura 1

Tasa de global de fecundidad en América Latina 2010



Fuente: Elaboración propia de datos publicados por UNPPA, 2010.

La reducción de la fecundidad en América Latina no ha sido homogénea, tanto entre países como al interior de los países. Además, existe cierto consenso en considerar que este descenso se ha dado en medio profundas de transformaciones sociales y económicas y en un contexto muy diferente al que se presentó en Europa, continente pionero en transitar hacia patrones de baja fecundidad (CEPAL/CELADE/BID, 1996).

Por otro lado, se ha señalado que en Chile el descenso de la fecundidad ha estado ligado a: la voluntad de las parejas de restringir el tamaño de su familia; la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y materna; el aumento del espaciamiento de los hijos; el incremento de la urbanización; el retraso de la edad de la primera unión o matrimonio; la mayor participación laboral femenina; el mayor conocimiento y uso de anticonceptivos; el aumento del nivel educacional femenino; entre otros (INE, 2008).

Determinantes Sociales de la Salud y Fecundidad

La conceptualización de los “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS) apunta a identificar las causas subyacentes a la pérdida de la salud, que pueden estar relacionadas con las condiciones sociales en donde se desarrolla la vida de las personas (Laframboise, 1973; Lalonde, 1974; Marmot, 2007; Graham, 2004). Es así como, los DSS se han definido como “las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud” (Krieger, 2002) en distintos grados, generando diferencias en el estado de salud entre individuos o colectivos con distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Por esta razón, en la actualidad este enfoque se ha convertido en un instrumento para hacer visibles las diferencias en el estado de salud entre segmentos de la sociedad que gozan de mayores privilegios y aquellos menos favorecidos.

El modo cómo los factores sociales pueden influir en la salud ha dado lugar a varias propuestas explicativas. Una de ellas plantea que el contexto social y político generaría estratificaciones sociales, acorde a nivel de ingresos, educación, sexualidad, género y etnia, los que serían llamados DSS “estructurales”. A su vez, estas estratificaciones propiciarían una exposición y vulnerabilidad diferencial a las enfermedades. Sin embargo, este efecto no es directo, sino que está mediado por los denominados DDS “intermedios”, que serían: las condiciones de vida, trabajo, alimentación, estilos de vida saludables, desarrollo en la infancia, selección geográfica y barrios marginales (Blas & Kurup, 2010; Vega , et al., 2005; Irwin & Scali, 2005).

Ahora bien, el descenso de la fecundidad puede tener impacto en diferentes ámbitos, siendo la salud uno de ellos. Por ejemplo, la disminución de nacimiento ejercerá una menor presión sobre la atención los sistemas de salud sexual y reproductiva y materno-infantil. Esto puede tener efectos positivos en el corto y mediano plazo, pues se podrán liberar recursos que pueden ser destinados a la atención de otros problemas de salud reproductiva, como son: es aborto, el embarazo no deseado, la fecundidad adolescente y, la mortalidad materna, entre otros (Saad, et al., 2009).

Sin embargo, el descenso de la fecundidad en mujeres de baja instrucción educacional (Schkolnik & Chackiel, 2004) hace suponer que en las mujeres de menor nivel socioeconómico también están bajando su fecundidad o quizás postergándola, con los potenciales riesgos obstétricos que conlleva esto último. En Chile, por ejemplo, se ha visto que la mortalidad materna es refractaria a la baja y además presenta una mayor frecuencia en mujeres mayores (Donoso, 2002). Además, es conocido que la fecundidad en la adolescencia muestra diferenciales por nivel socioeconómico, los cual se han ligado –entre otros- a la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Rodríguez, 2009). La dinámica de fecundidad por tanto puede ser otro factor de influencia en la salud de la población, que asociado con otras variables sociales podría tener algún grado de participación dentro del esquema de los DSS.

La Fecundidad y sus Efectos Sociales

La reducción de la fecundidad puede tener efectos a diferentes niveles. Por ejemplo en términos demográficos (nivel de población), el descenso de la fecundidad, acompañado de una baja en la mortalidad, disminuye el tamaño de la población. Esto, en teoría, puede traducirse en un aumento de las probabilidades de acceso a los recursos y oportunidades disponibles por parte de la población. A nivel de hogar, puede reflejarse en un tamaño de familia reducida lo cual puede aumentar las posibilidades de mejorar las condiciones de vida.

A nivel individual, un menor número de hijos puede posibilitar que las madres tengan a sus hijos en mejores condiciones de salud, pero también le puede ampliar la ventana de oportunidades para acceder a una mejor educación y por ende un mejor empleo.

Por otra parte, es ampliamente aceptado que la elevada fecundidad se asocia con la residencia rural, baja educación, pertenencia a estratos ocupacionales bajos o a pueblos indígenas. Aun cuando todavía es controversial el hecho de que exista relación entre pobreza y fecundidad (Di Cesare, 2007). Esto porque existen estudios que muestran que las familias pobres pueden tener bajos niveles de fecundidad debido a una reducción de la capacidad reproductiva por factores biológicos y/o de comportamiento, tales como: pubertad tardía y menopausia precoz; altos niveles de esterilidad; mortalidad intrauterina elevada y; esterilidad post-partum prolongada (Schoumaker & Tabutin, 1999). Así como también, se ha podido observar una relación positiva entre pobreza y fecundidad, esto es, a mayor pobreza mayores niveles de fecundidad (Aassve, 2005).

En la literatura se ha descrito que los diferenciales en las tasas de fecundidad, así como también las decisiones de fecundidad de los hogares, tienen un efecto en la distribución de los ingresos (Ehrlich & Kim, 2007). A la par, otros autores afirman que la movilidad social está asociada con el proceso de disminución de la fecundidad y de la tasa de crecimiento poblacional (Flórez & Soto, 2007).

La Vulnerabilidad Demográfica y la Fecundidad

La debilidad o fortaleza que conlleva la dinámica demográfica hace suponer una relación de reciprocidad entre esta y los individuos, hogares y comunidades. Esto porque bajo ciertas condiciones demográficas los integrantes de una comunidad pueden verse afectados negativamente y en otras pueden verse favorecidos. Así es como la dinámica de fecundidad puede hipotecar las posibilidades de lograr una mejor situación de bienestar o por el contrario mejorar las condiciones para conseguir la movilidad social. Por tanto, la conceptualización de la vulnerabilidad demográfica apunta a señalar aquellas características demográficas que limitan la capacidad de personas, hogares y/o las comunidades, para movilizar los medios y las oportunidades, necesarias para el logro de sus propósitos y la adaptación frente a cambios externos (Rodríguez, 2000). Por ende, las condiciones demográficas que coartan el acceso al bienestar social suelen estar vinculadas con otros factores generadores de desventaja social.

En análisis demográfico, la unidad de análisis suelen ser los agregados o colectivos (por ejemplo un país o una región), pero también puede enfocarse a la descripción de cambios operados al interior de los hogares (unidades domésticas). Aun cuando todos los niveles de agregación son importantes de analizar, en el caso de la vulnerabilidad demográfica resulta altamente conveniente enfocarse en examinar lo que ocurre al interior de la unidad doméstica. Esto porque ofrece mayores posibilidades para entender la compleja cadena de factores que están en la base de la desventaja social. Es por ello que se han propuesto varios indicadores a este nivel de agregación (hogar), los que apuntan a básicamente a dar cuenta sobre las pautas de estructuración de los hogares, al ciclo de vida y a condiciones demográficas básicas de los mismos. Sin embargo, estos indicadores han tenido que ser refinados debido a cierta ambigüedad teórica que contenían los algunos indicadores propuestos originalmente (Rodríguez, 2000). Por tanto en la tabla siguiente se presenta un listado de siete indicadores, con sus respectivos refinamientos.

Tabla 1
Indicadores de vulnerabilidad demográfica globales y refinados

| Indicador global | Indicador refinado |
|--|---|
| Número de niños menores de 15 años | <ul style="list-style-type: none"> • Viviendas con cuatro o más niños menores |
| Dependencia demográfica | <ul style="list-style-type: none"> • Viviendas sin independientes • Con más de uno y menos de tres dependientes • Con tres y más dependientes |
| Jefatura de hogar femenina | <ul style="list-style-type: none"> • Jefa mujer y presencia de niños menores de 15 años |
| Jefatura de hogar adolescente | <ul style="list-style-type: none"> • Con hijos (el jefe es mujer) • Con niños menores de 15 años (el jefe es hombre) • Con jefe unido, casado o en convivencia |
| Jefe del hogar anciano | <ul style="list-style-type: none"> • Con dos o más menores de 15 años |
| Presencia de adolescentes con hijos | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las viviendas en que se registre esta situación |
| Uniparentalidad | <ul style="list-style-type: none"> • Con presencia de hijos menores de 15 años • Con siete o más personas en la vivienda |

Fuente: Rodríguez, 2000.

De lo anterior se colige que existe evidencia respecto de cómo la dinámica de fecundidad puede estar asociada y acentuar las desigualdades sociales. Igualmente, consta un número creciente de artículos que tratan sobre la relación entre la salud sexual y reproductiva y la dinámica de fecundidad. Sin embargo, el posible impacto que puede tener el descenso de la fecundidad sobre las desigualdades de salud a nivel individual es un tema en el que aún no se ha profundizado suficientemente, particularmente en el contexto latinoamericano, donde los procesos demográficos han acontecido inmersos en realidades muy diversas, marcadas principalmente por las profundas desigualdades sociales y de salud.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que Chile es un país que presenta altos índices de desigualdad social, a pesar de los importantes avances que ha hecho en el ámbito económico y en el de salud. Por ejemplo, Chile es uno de los países con un alto Índice de Desarrollo Humano (IDH). Pero cuando este indicador se ajusta por desigualdad social, este pasa de 0.819 a 0,664, perdiendo casi un quinto de su valor por concepto de inequidad (PNUD, 2013).

En este marco es que se ha planteado este trabajo, donde el objetivo es examinar los perfiles de fecundidad comunales (menor subdivisión administrativa) de Chile con vista a evaluar la coexistencia de diferencias de salud que pudieran estar relacionadas con determinados perfiles y/o con ciertas desventajas socio-demográficas. La finalidad que se persigue es aportar conocimiento que permita entender el rol que está jugando la dinámica demográfica de la fecundidad en lo que dice relación con la situación de salud y sus desigualdades, desde la óptica de los determinantes sociales de la salud.

Esto se percibe relevante pues se requiere incrementar la evidencia que permita comprender y anticiparse a los desafíos que plantea el nuevo contexto de bajos niveles de fecundidad, especialmente en la subregión (comunas, para el caso de Chile). Así, los tomadores de decisiones podrían contar con información para la adecuación de las políticas y las instituciones, atendiendo a los cambios que se vislumbran.

Metodología

La investigación se centró en el año 2009 y las fuentes de datos fueron: las estadísticas vitales de 2008 a 2010 y la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)⁴ en su versión 2009. Esta es una encuesta de hogar, probabilística y de corte transversal que recopila información de todos los miembros de la vivienda. Su cobertura es nacional y su representatividad a nivel: país, región, comuna y zona urbano-rural.

El perfil de fecundidad fue estudiado mediante dos indicadores que fueron: las tasas específicas de fecundidad (TEF), particularmente la de adolescentes (TEF_a), y la global de fecundidad (TGF).

Las razones que hubo para elegir la TEF_a fueron porque el advenimiento de la maternidad en edades tempranas les puede significar una postergación su educación, si es que no queda interrumpida definitivamente. Esto expone a las adolescentes a una situación de mayor vulnerabilidad social, dado que estarán menos preparadas para entrar en el mercado laboral o bien pasarán a asumir las labores domésticas, poniéndolas en una situación de dependencia más permanente. Por ello la fecundidad adolescente se consideró relevante en la revisión de los perfiles de fecundidad, conforme al objetivo de este estudio.

Por otra parte, es ampliamente aceptado que la TGF resulta ser un buen indicador para evaluar perfiles de fecundidad porque relaciona nacimientos con población expuesta al riesgo de procrear. Aunque una de sus desventajas es que suele estar afectada por la estructura etérea de las mujeres en edad fértil. Para efecto de este análisis, dicha tasa fue calculada trianualmente, es decir de 2008 a 2010, pues este rango pone como año central al 2009. Además, consideró como edad fértil al período comprendido entre los 15 y los 49 años. Esto porque los nacimientos de mujeres menores de 15 años y mayores a 49 tienen una frecuencia muy baja y porque así se también el análisis es comparable con los que se hacen tradicionalmente. Así entonces, los nacimientos de menores de 15 años se incluyeron en el grupo de 15-19 y los de mayores de 50 años en el grupo de 45-49.

La delimitación geográfica fue el territorio chileno y la unidad de análisis es la menor subdivisión administrativa del país, es decir las comunas. Las comunas que no tenían datos

⁴ Agradezco al Ministerio de Desarrollo Social de Chile por permitirme disponer de los datos. Los resultados del estudio son de responsabilidad de la autora y no comprometen a dicho Ministerio.

para el cálculo de los indicadores de fecundidad o no habían sido encuestadas por CASEN 2009 fueron excluidas (N=16). Luego, las 330 comunas consideradas en este estudio fueron clasificadas en 4 grupos acorde con su TGF y TEF_a. Para ello se hizo una distribución gráfica de las comunas, donde el eje horizontal del gráfico contenía la TGF y el eje vertical la TEF_a. Los cuadrantes dentro del gráfico fueron definidos por la TGF y TEF_a nacional (Figura 2).

En este trabajo se consideraron indicadores de vulnerabilidad socio-demográfica que contabilizaron hogares y personas.

A nivel de hogar se incluyó el porcentaje de hogares:

- *que tiene adolescentes con hijos (AD_h)*
- *que tiene a una mujer es la jefa de hogar y que además tiene hijos <15 años (JM_h)*
- *ubicados en zonas rurales*
- *que se encuentra en situación de indigencia⁵*
- *que tiene algún miembro perteneciente a alguna etnia⁶*

A nivel de personas se consideraron indicadores de situación laboral y salud. Así es como se computó el porcentaje de personas:

- *desocupadas*
- *sin contrato laboral que no son trabajadores por cuenta propia, o sea asalariadas, (ASC)*
- *con problemas de salud no resueltos (PSNR)*
- *con mala salud auto-percibida (MSAP).*

Los indicadores sociodemográficos y de salud fueron comparados entre los cuadrantes, mediante análisis de varianza (ANOVA) y comparaciones múltiples al interior de la ANOVA, realizadas a través de la prueba de Tukey. Adicionalmente se hizo una comparación específica entre los cuadrantes C1 y C3, pues en ellos se ubicaron las comunas con niveles socioeconómicos extremos. Previo al análisis, a las variables se les aplicó la transformación arcoseno, la cual se ha descrito que resulta adecuada para que variables cuyos valores corresponden a una proporción o a un porcentaje puedan alcanzar una distribución normal, que es uno de los supuestos involucrados en los análisis realizados (Zar, 1984).

⁵ La indigencia se establece por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria.

⁶ En Chile, la ley reconoce la existencia de nueve pueblos indígenas, que son: Aymara, Rapa-nui, Quechua, Mapuche, Atacameño, Coya, Kawaskar, Yagán y Diaguita.

Resultados

En primer término, se puede destacar que la distribución de comunas, acorde con sus niveles de TEF en la adolescencia y de TGF, es heterogénea. Aún cuando, se ve una alta concentración de valores en el polo central del gráfico, entorno a los valores nacionales de las tasas en cuestión (Figura 2).

Además, un 42.1 % y un 30% se ubicó en los cuadrante C1 y C3 respectivamente, lo que corresponde al 72.1% de las comunas estudiadas (Figura 3). Asimismo, estos cuadrantes representan las dos puntas de la hebra en el análisis de fecundidad que se ha hecho en este estudio.

El promedio calculado para cada indicador sociodemográfico y de salud, sobre la base de las comunas que componen cada cuadrante, son presentados en la tabla 2. En esta tabla se muestra también el valor de probabilidad arrojado por las pruebas estadísticas aplicadas en este estudio.

Figura 2
Tasa de global de fecundidad y Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
Comunas de Chile, 2008-2010

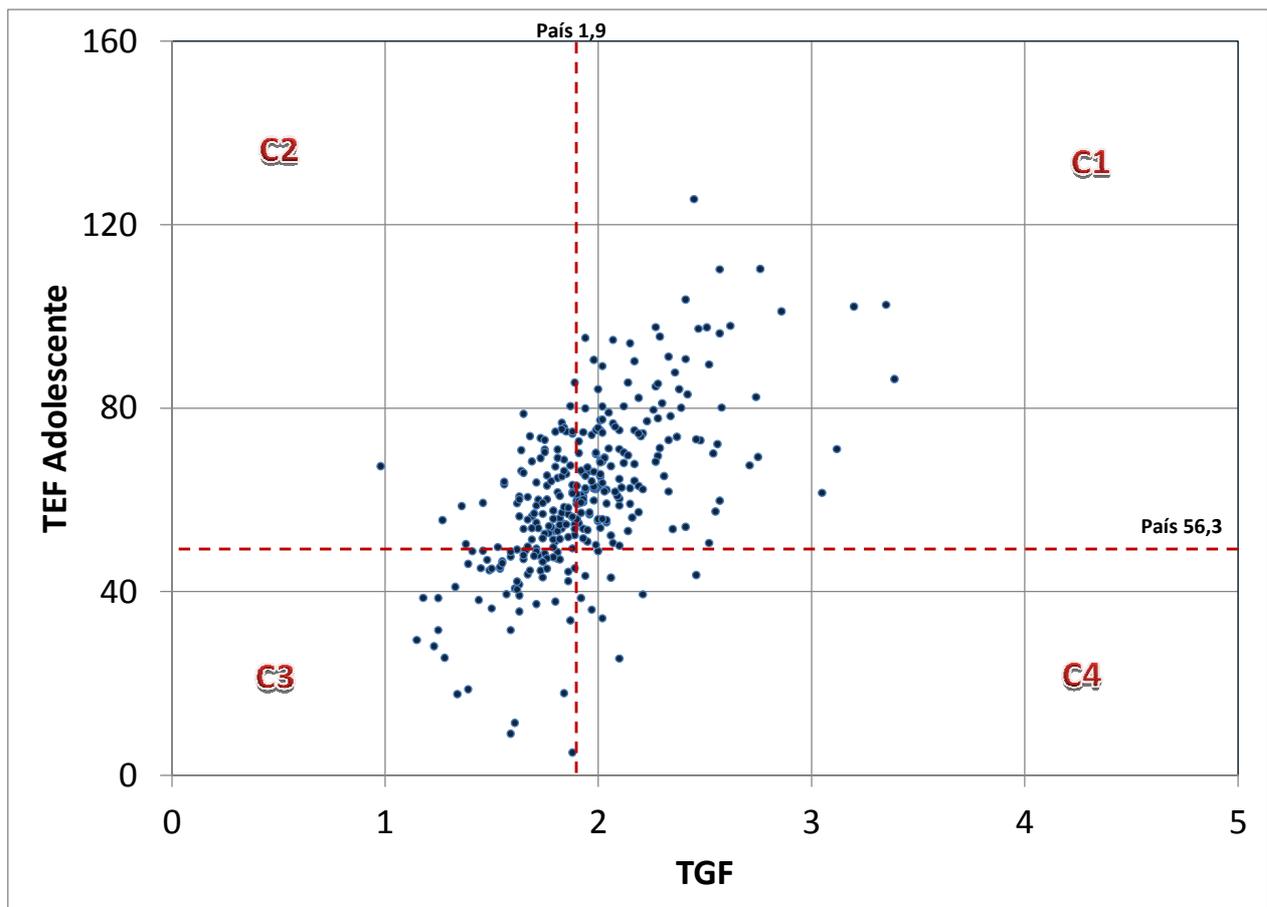
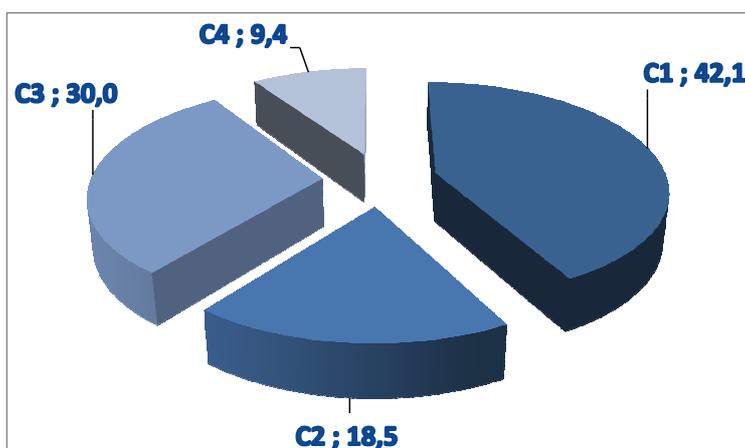


Figura 3
Porcentaje de comunas que se ubicó en cada uno de los cuadrantes



En líneas generales se puede observar que seis de los 9 indicadores analizados presentan diferencias estadísticamente significativas entre los cuadrantes, en al menos un par de ellos. Pero antes de entrar en el análisis de los resultados de estas pruebas, se hace necesario observar que hubo indicadores que presentan un amplio recorrido y por ende tienen una alta variabilidad al interior de los cuadrantes. El caso más extremo es el porcentaje de hogares que vive en zonas rurales, el cual va de 0% a 100% (Figura 4). El otro caso que resulta atractivo de destacar es el indicador referido a la etnia, donde se observan rangos de recorrido muy diferentes entre los cuadrantes, particularmente entre el C1 y C3 (Figura 5).

El otro hecho que se puede subrayar es que en el cuadrante C3 se ubicaron las comunas de la Región Metropolitana (RM) que tradicionalmente concentran los hogares con los más altos estándares económicos y de nivel educacional. Tal es el caso de las comunas: Las Condes, Providencia y, La Reina, entre otras.

Ahora bien, de los indicadores que presentan diferencias entre los cuadrantes, sólo 4 muestran diferencias entre el cuadrante C1 y C3, que son hogares con: adolescentes con hijos; mujer jefa de hogar con hijos menores; componente étnico y; asalariados sin contrato. Todos ellos, excepto el último, apuntan a señalar las diferencias sociales entre las comunas agrupadas en cada cuadrante. Aunque, sólo para los dos primeros la diferencia fueron detectadas tanto por la prueba de Tukey como por la prueba de T, lo que orienta a suponer que las distancias entre los promedios de estos indicadores es suficientemente amplia como para ser detectadas por ambas pruebas estadísticas.

Por otra parte, el indicador de desocupación, aun cuando no mostró diferencias significativas, en el cuadrante C3 se observó el menos promedio.

En cuanto a los indicadores de salud, no se pudo observar diferencias entre C1 y C3, sin embargo si hubo entre C3 y C2, lo cual no deja de ser interesante pues en C2 se ubican las comunas con alta TEF en la adolescencia, aun cuando el valor de la TGF es inferior a la nacional, que como ya se señaló está bajo la tasa de reemplazo.

Tabla 2
Promedio de los indicadores en cada cuadrante

| Indicador | C1 | C2 | C3 | C4 | Valor p (Global) [§] | Valor p (C1 vs C3) ^{§§} |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|------|----------------------------------|-------------------------------------|
| % de hogares con... o que... | | | | | | |
| Adolescentes con hijos | 0.9 | 0.9 | 0.6 | 0.6 | 0.01 | 0.012 |
| Mujer jefa de hogar con hijos <15 años | 13.9 ⁱ | 11.3 | 11.8 | 12.7 | p<0.0001 | 0.0002 |
| Alguno de sus miembros pertenece a una etnia | 13.9 | 14.6 | 5.5 ⁱⁱ | 11.8 | p<0.0001 | <0.0001 |
| Vive en zonas rurales | 32.1 | 50.3 ⁱⁱⁱ | 35.3 | 26.0 | p<0.0001 | NS |
| Vive en condición de indigente | 4.7 | 4.6 | 4.4 | 4.6 | NS | NS |
| % de personas... | | | | | | |
| Desocupadas | 10.0 | 10.2 | 9.6 | 10.2 | NS | NS |
| Asalariadas sin contrato | 20.1 | 25.7 ^{iv} | 22.8 | 18.7 | p<0.0001 | 0.019 |
| con problemas de salud no resueltos | 1.9 | 2.0 | 2.1 | 2.2 | NS | NS |
| con mala salud auto-percibida | 46.2 | 47.9* | 44.9* | 46.0 | 0.017 | NS |

§ Análisis de varianza (ANOVA)

§§ Prueba de T

Test de Tukey (Comparación de promedios dentro de ANOVA): (i) C1 ≠ C2 y C3. p<0.05; (ii) C3 ≠ C1 y C2. p<0.05; (iii) C2 ≠ C1, C3 y C4; (iv) C2 ≠ C1 y C4.

Figura 4

Rango de variabilidad en cada cuadrante para el porcentaje de hogares que vive en zonas rurales

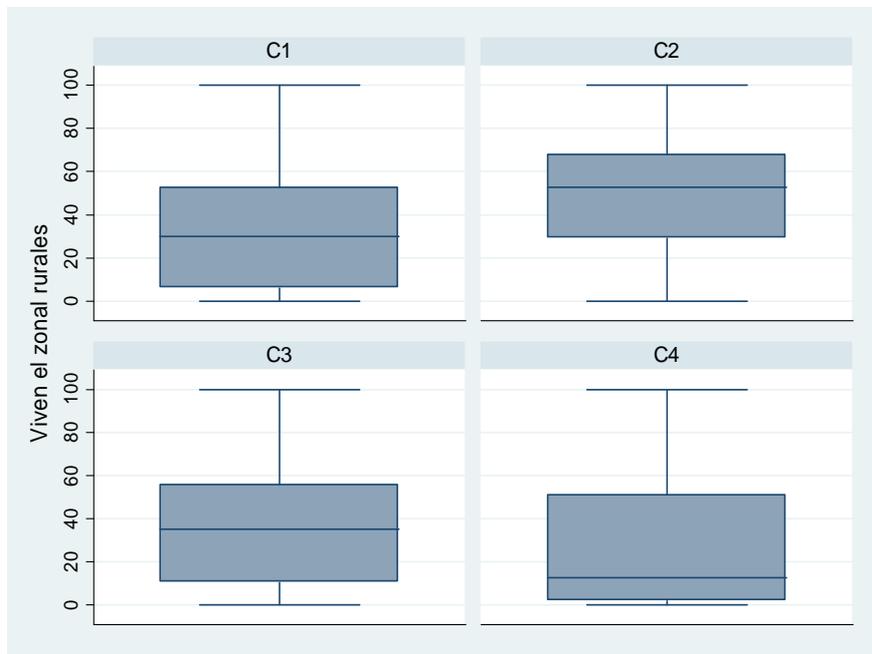
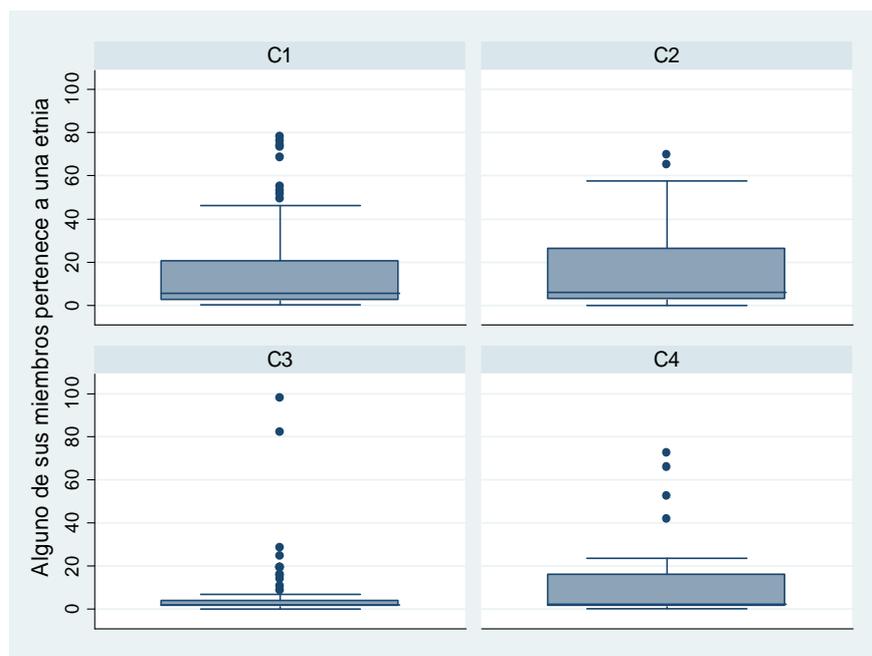


Figura 5

Rango de variabilidad en cada cuadrante para el porcentaje de hogares donde alguno de sus miembros pertenece a una etnia



Discusión y Reflexiones finales

En suma, los resultados de este trabajo vienen a sumar evidencia de que la realidad de fecundidad en Chile es diversa y que el descenso de la fecundidad bajo los niveles de reemplazo no es una realidad para gran parte del país.

Además, el hecho que la alta fecundidad global y adolescente esté presente donde hay altos niveles de jefatura femenina con hijos menores, mayor frecuencia de hogares con adolescentes con hijos y, presencia en los hogares de personas adscritas a alguna etnia, permite orientar en el sentido de que este perfil de fecundidad está asociado a ciertas condiciones de vulnerabilidad demográfica, los que probablemente acentúa las desigualdades sociales. Aun cuando esto no se vio reflejado en la variable referida a la indigencia (extrema pobreza).

Ahora bien, en relación a los indicadores que apuntaban a dar cuenta respecto de la situación de empleo y de precariedad laboral no se observaron diferencias sustantivas entre los grupos extremos de fecundidad. Pero no deja de ser llamativo el hecho que el cuadrante C2, que contiene a comunas con alta TEF en adolescente, muestre mayores niveles de asalariados sin contrato.

Por otra parte, es importante tener presente el prisma de análisis planteado en este trabajo, que básicamente apunta a vislumbrar cómo la dinámica de fecundidad, entendiéndola como otro factor social, puede tener algún grado de participación dentro del esquema de los DSS. En esta perspectiva, los indicadores de salud analizados, si bien no mostraron diferencias de salud muy consistentes entre los perfiles de fecundidad más extremos, si mostraron una cierta tendencia a una mayor percepción de desmedro de salud y problemas de salud no resueltos en el cuadrante de más alta fecundidad global y adolescente. Por tanto no es arriesgado pensar en que la fecundidad puede tener algún tipo de impacto en la salud y por ende jugar algún rol en el incremento de las desigualdades de salud.

Aun cuando, no se aprecia con claridad la forma en que la dinámica demográfica de la fecundidad pueden estar coartando el acceso al bienestar social, ni cómo esta se vincula con otros factores generadores de desventaja social, el uso de indicadores vulnerabilidad demográfica parece ser una buena opción de análisis, pues brinda elementos útiles como para entender la compleja cadena de factores que están en la base de la desventaja sociales y de salud.

El otro aspecto que es importante a considerar en futuros incursiones es lo que se refiere a la enorme variabilidad que presentaron algunos indicadores, lo cual llama a la reflexión respecto de los posibles refinamientos a considerar para futuros análisis.

Bibliografía

1. Aassve, A., Engelhardt, H. et. al., 2005. Poverty and fertility in less developed countries: a comparative analysis. *ISER Working Paper*, 5(28).
2. Blas, E. & Kurup, A. edits., 2010. *Equity, Social Determinants, and Public Health Programmes*. s.l.:World Health Organization.
3. CEPAL/CELADE/BID, 1996. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas. Serie E(45).
4. 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. *CEPAL - SERIE Población y Desarrollo*, Issue 72.
5. Donoso, S., 2002. Mortalidad Materna En Chile: Tras El Cumplimiento de una Meta. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 67(1), pp. 44-46.
6. Ehrlich, I. & Kim, J., 2007. The Evolution of Income and Fertility Inequalities over the Course of Economic Development: A Human Capital Perspective. *Journal of Human Capital*, 1(1).
7. Flórez, C. E. & Soto, V. E., 2007. *La Fecundidad y el Acceso a los Servicios de Salud Reproductiva en el Contexto de la Movilidad Social en América Latina y El Caribe*. s.l.:s.n.
8. Graham, H., 2004. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), pp. 101-124.
9. INE, 1963. *Demografía 1960*, Santiago: s.n.
10. INE, 2008. *Población y Sociedad, Aspectos Demográficos*. Santiago.
11. INE, 2013. *Estadísticas Vitales: Informe anual 2011*, Santiago.
12. Irwin, A. & Scali, E., 2005. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. s.l.:CDSS/OMS.
13. Krieger, N., 2002. Glosario de epidemiología social. *Rev. Panam. Salud Pública*, 11(5/6).
14. Laframboise, H. L., 1973. Health policy: breaking the problem down into more namageable segments.. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), pp. 388-393.
15. Lalonde, M., 1974. *A New Perspective on the Health of Canadiens. A working document*.
16. Marmot, M., 2007. Achieving health equity: from root causes to fair outcome. *Lancet*, Volumen 370, pp. 1153-1163.
17. PNUD, 2009. *Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development*.

18. PNUD, 2013. *Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*, Washington DC: Communications Development Incorporated.
19. Rodríguez, J., 2000. Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. *Serie 5 Población y Desarrollo*, Septiembre.
20. Rodríguez, J., 2001. Capítulo 1. Marco de referencia. En: *VULNERABILIDAD DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA: ¿Qué hay de nuevo?*. Santiago: CELADE.
21. Rodríguez, J., 2009. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. *Rev. CEPAL*.
22. Saad, P. M., Miller, T. & Martínez, C., 2009. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *R. bras. Est. Pop*, 26(2), pp. 237-261.
23. Schkolnik, S. & Chackiel, J., 2004. Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. *Revista de la CEPAL*, Volumen 83.
24. Schoumaker, B. & Tabutin, D., 1999. *Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. Connaissances, méthodologie et illustrations*. Louvain-la-Neuve: Département des sciences de la population et du développement, Université Catholique de Louvain.
25. UNFPA, 2010. *Estado de la población Mundial 2010*. [En línea] Available at: <http://www.unfpa.org/swp/2010/web/es/index.shtm> [Último acceso: 18 marzo 2014].
26. Vega, J., Solar, O. & Irwin, A., 2005. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: L. Jadue & F. Marín, eds. *Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la perspectiva de la Equidad*. s.l.:s.n.
27. Zar, J., 1984. Section 14.2: The arcsine transformation. En: *Biostatistical Analysis*. New Jersey: Pearson Prentice Hall, pp. 239-241.