



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

**CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD URBANA Y RURAL EN ECUADOR, 2012 Y
2018**

Tesis presentada por:

DAYANA PAOLA TIPÁN JIMÉNEZ

Para optar por el grado de:

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directora de la tesis:

DRA. MARÍA EUGENIA ZAVALA

Lectora

DRA. ELSA ORTÍZ ÁVILA

Ciudad de México a 31 de agosto de 2022

DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mi mamá y
a la memoria de mi abuela.
Por su amor y apoyo siempre.*

*A todas las mujeres ecuatorianas
por compartirme sus historias.
Por supuesto.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar este espacio para mencionar que esta investigación es un esfuerzo académico, pero también personal que forma parte de mis episodios memorables en el arte de la investigación, con el cual aprendí no solamente en el ámbito profesional, sino también personal, y disfruté gracias al apoyo y confianza de muchas personas e instituciones durante mi estancia en México.

En primera instancia, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca recibida durante el posgrado y por acceder a la formación de extranjeros en México. Un especial agradecimiento a El Colegio de México (ELCOLMEX) y al Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), por permitirme ser parte de la cohorte 2020-2022. Por creer en las contribuciones que los extranjeros y principalmente los ecuatorianos podemos proporcionar a esta entidad que fomenta la investigación científica. Asimismo, agradezco el apoyo financiero brindado por la Oficina de Intercambio Académico (OIA) para realizar el trabajo cualitativo en Ecuador.

De igual forma, quiero agradecer a todas las mujeres que accedieron a participar en los grupos focales, principalmente por compartir un pedacito de sus vivencias e historias personales que me dejaron muchísimo más que información para la producción de esta investigación. A mi alma máter, la Universidad Central del Ecuador (UCE), por apoyar el desarrollo de mi investigación cualitativa. A la decana de la Facultad de Ciencias Económicas, la Dra. Nancy Medina, por su cooperación y receptividad. De igual manera, agradezco a la Dra. Carolina Posso, por motivarme a elegir este camino de la demografía cuando todavía estudiaba la licenciatura, y ahora por permitirme ingresar a sus clases para entrevistar a sus estudiantes, gracias por el apoyo y la guía en esta investigación.

A la Dra. Beatriz Novak, ex coordinadora de la maestría, por siempre brindarme una respuesta amiga a mis dudas desde Ecuador. A la actual coordinadora de la maestría, la Dra. Nathaly Llanes, por siempre estar pendiente de mi estancia en México y por solventar mis dudas. A toda la plantilla de profesores investigadores de El Colegio que me ayudaron en este proceso formativo, en particular a la Dr. Julieta Pérez, Dr. Manuel Ordorica, Dr. Víctor

García y Dra. Jessica Nájera, de todos(as) ellos(as) aprendí mucho en cada una de sus clases que me permitieron entender mejor la demografía y sus diferentes aplicaciones en el mundo real. A todos(as) los(as) autoridades y profesores(as) por su ayuda durante mi convalecencia después de la COVID-19, especialmente al Dr. Jaime Sobrino, Dra. Silvia Giorguli, Dra. Fátima Juárez, Dra. Laura Valverde y Dra. Ana Covarrubias, quienes constante estuvieron pendientes de mi madre y de mí.

Mi reconocimiento y gratitud a mi mentora y directora de tesis, la Dra. María Eugenia Zavala, por apoyarme mucho antes de aceptar dirigir esta investigación, por dedicar parte de su tiempo a leer con detenimiento este ambicioso trabajo que a pesar de la distancia supo dirigirme y no me dejó perder el rumbo de mis objetivos de investigación. De igual manera quiero agradecer y destacar la gentil invitación que me hizo para explorar y conocer el lado cualitativo de las cosas, especialmente por el incentivo para aprender otro tipo de análisis de datos a través del trabajo de campo desarrollado en mi país. Por último, muchas gracias por inculcarme y alentarme a mejorar mi comportamiento como futura investigadora.

Un sincero agradecimiento a la Dra. Elsa Ortiz Ávila, gracias por ser mi lectora de tesis y amiga, por sus oportunos comentarios y apoyo incondicional durante este proceso. Sin ellas, la presente tesis no hubiese culminado.

A todos mis compañeros de maestría: Anna, Ajpub, Dileri, Elder, Itzel, Julio, Penélope, Tania, y Karen, por su amistad y demostrar interés por conocer la cultura ecuatoriana. A mi amiga y compañera Mariana, por ser mi confidente en esta travesía y siempre brindarme una mano amiga en todo momento. A Naye por su empatía infinita que le permite siempre ver primero a las personas. A Airym por sus recomendaciones, comentarios y observaciones para mi capítulo cualitativo y encaminarme a ser una científica social con perspectiva feminista. A mi *team* Colombia: Sandrita y Nasly, por siempre ayudarme y acompañarme cuando más lo necesitaba. A mis amigas: Zully, Aline e Isa, por las reuniones divertidas y mimarme cuando más lo necesité. A Aldito por siempre querer enseñarme la belleza que alberga la hermosa y caótica CDMX. A mi *team* ecuatoriano: Kike, Mely, Abrilita y Nanda, por escucharme y motivarme para hacer realidad este sueño. A Majito, mi amiga incondicional de batallas y alegrías, gracias por la amistad auténtica que no teme al tiempo ni a la distancia.

Por otro lado, quiero agradecer de una manera muy especial, a mi familia, por confiar en mí. A mi padre por nunca cortarme las alas y aceptar construir mi propio destino. A mi querida madre por visitarme cuando más lo necesitaba y aunque atravesamos por una pandemia esto no impidió que estuviéramos juntas. Muchas gracias, por complacer mis antojos de comida ecuatoriana, el amor y el apoyo incondicional en este difícil camino, pero enriquecedor. A David, mi hermano, por ser mi ejemplo de valentía y por llenar mi vida de risas. Gracias a todos ustedes, por enseñarme a ser valiente a pesar de la distancia y la adversidad.

No puedo dejar de agradecer a ti Andrés (Tik-MA/Chk-ML), porque sin ti, este proceso no hubiera sido el mismo, por creer en mí y apoyarme en cada uno de mis pasos, a pesar de los miles de kilómetros de distancia siempre me acompañaste con mucho amor y paciencia.¹

Finalmente, así concluye esta maravillosa y desafiante etapa de mi vida. Cabe recalcar que todo este proceso fue a partir de “la observación, la prueba y el error”, especialmente el error (Durand, 2012).

¹ Quiero aclarar que esta es una lista que falta por detallar, ya que fueron participantes muchos otros que los agradeceré en persona.

RESUMEN

El presente trabajo busca analizar los cambios de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil a nivel nacional y por área de residencia entre 2012 y 2018. Para ello se plantea una estrategia metodológica mixta que integra el análisis del calendario, intensidad y los determinantes próximos de la fecundidad con el estudio de algunos casos de mujeres, jóvenes–estudiantes, caracterizadas como pioneras. Se usaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y discusiones con grupos focales. Los resultados muestran que en un periodo de seis años la Tasa Global de Fecundidad pasó de 3 a 2.2 hijos por mujer, valor cercano al nivel de reemplazo. A través del modelo clásico de Bongaarts (1978, 1982) se identifica que la anticoncepción es el principal determinante que influye en el nivel de fecundidad durante dichos años. Las zonas rurales presentaron mayores niveles de fecundidad, lo cual está asociado a un menor uso de anticoncepción. A pesar de los cambios en los patrones de formación familiar y anticoncepción dados con el paso del tiempo, el análisis de las percepciones de las entrevistadas sugiere que los factores culturales y sociales pesan sobre las decisiones individuales en torno a su reproducción. Se concluye que la aplicación de un enfoque mixto permitió profundizar en los factores que más incidieron en la jerarquía aspiracional de las participantes sobre sus procesos reproductivos, esto como muestra del cambio de régimen de fecundidad natural a una controlada que se enmarca en los supuestos de la transición demográfica y de fecundidad.

Palabras clave: Fecundidad, determinantes próximos, metodología mixta, Ecuador

ABSTRACT

This paper aims to analyse fertility changes in Ecuadorian women within procreation age at the national level and according to their residence area between 2012 and 2018. For this purpose, a mixed strategy is proposed. The strategy includes the analysis of the calendar, intensity and proximate determinants of fertility with the study of some cases of young women-students, characterized as pioneers. Data from the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) and focus group discussions were used. The results show that in a period of six years the Total Fertility Rate went from 3 to 2.2 children per woman, a value close to replacement level. Through the classic model of Bongaarts (1978, 1982) it is identified that contraception is the main determinant that influences the level of fertility during these years. Rural areas had higher fertility levels, which is associated with lower contraceptive use. Despite the changes in family formation and contraceptive patterns over time, the analysis of the perceptions of the interviewees suggests that cultural and social factors weigh on individual decisions regarding reproduction. It is concluded that the application of a mixed approach allowed us to delve deeper into the factors that most influenced the aspirational hierarchy of the participants in their reproductive processes, as a sign of the change from a natural fertility regime to a controlled one that is framed within the assumptions of the demographic and fertility transition.

Keywords: Fertility, proximate determinants, mixed methodology, Ecuador

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD	6
1.1 Teoría de la transición demográfica.....	6
1.1.1 Teorías relacionadas con la transición de la fecundidad	10
1.2 Evolución del concepto de fecundidad: de la fecundidad natural a la fecundidad controlada	13
1.3 Determinantes próximos de la fecundidad.....	16
2. FECUNDIDAD EN ECUADOR	21
2.1 Transición de la fecundidad en América Latina	21
2.2 Fecundidad diferencial en América Latina y Ecuador.....	24
2.3 Transición demográfica y evolución de la fecundidad en Ecuador	29
2.4 Influencia de las políticas de población en el descenso de la fecundidad en Ecuador	32
3. METODOLOGÍA.....	39
3.1 Formalización de la investigación	39
3.1.1 Objetivos.....	39
3.1.2 Preguntas de investigación	40
3.1.3 Hipótesis	41

3.2	Fuente de información	42
3.3	Metodología cuantitativa	46
3.3.1	Aspectos metodológicos del calendario y la intensidad de la fecundidad.....	47
3.3.2	Historia de embarazos	52
3.3.3	Modelo de Bongaarts (1978)	54
3.4	Metodología cualitativa	59
3.4.1	Grupo Focal	59
3.4.2	Diseño y guía de entrevista.....	63
4.	CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD EN ECUADOR (2012 Y 2018): APORTACIÓN DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD	66
4.1	Evolución de la fecundidad en Ecuador	66
4.1.1	Población por área de residencia	67
4.1.2	Tasas de fecundidad.....	70
4.2	El calendario y la intensidad de la fecundidad.....	74
4.3	Estimación del modelo de Bongaarts	82
4.3.1	Patrones de nupcialidad	82
4.3.2	Uso de anticonceptivos	86
4.3.3	Infecundidad posparto	89
4.3.4	Efecto de los determinantes próximos en el nivel de fecundidad en Ecuador y área de residencia entre 2012 y 2018.....	91

4.3.5	Aportación de los determinantes próximos en la evolución de la fecundidad en Ecuador, según el área de residencia entre 2012 y 2018	97
5.	PERCEPCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	102
	¿Por qué las mujeres jóvenes tienen diferentes preferencias de fecundidad?	103
5.1	Cambios generacionales del tamaño de la familia.....	104
5.1.1	Familias grandes en generaciones antiguas	105
5.1.2	Familias pequeñas en generaciones recientes.....	106
5.2	Tipos de familia	108
5.2.1	Presiones familiares sobre las NoMo	108
5.2.2	Las madres solteras.....	109
5.3	Percepción de la nupcialidad	111
5.3.1	Las pioneras	112
5.3.2	Las tradicionales con retraso	113
5.4	La racionalidad (Ready).....	115
5.4.1	Las conocedoras	115
5.4.2	Las usuarias	115
5.5	La legitimidad (<i>Willing</i>).....	116
5.5.1	Amistades y familia	116
5.5.2	Colegio o secundaria	117

5.5.3	Salud pública	118
5.6	El acceso (<i>Ability</i>)	118
5.6.1	Salud pública	118
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
6.1	Conclusiones	121
6.2	Recomendaciones para el campo de las políticas públicas	127
6.3	Futuras líneas de investigación	128
	BIBLIOGRAFÍA	130
	ANEXOS	151

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1.	Transición demográfica ecuatoriana, 1950 - 2100	30
Gráfica 2.	Patrones típicos del calendario de la fecundidad.....	50
Gráfica 3.	Diagrama de Lexis que ilustran los nacimientos y efectivos de mujeres por cohorte	53
Gráfica 4.	Tasas de fecundidad edad - periodo	54
Gráfica 5.	Ecuador: Evolución de la población total, urbana y rural. 1950 – 2025	68
Gráfica 6.	Evolución de la Tasa Global de Fecundidad, 1953 – 2048	70

Gráfica 7. Tasa Global de Fecundidad por región geográfica. A) ENSANUT 2012 y B) ENSANUT 2018	73
Gráfica 8. Evolución de las Tasas Específicas de Fecundidad por grupos edades, 1967 – 2063	75
Gráfica 9. Calendarios y TGF por área de residencia y nacional. A) ENSANUT Urbano 2012 y 2018, B) ENSANUT Rural 2012 y 2018 y C) ENSANUT Nacional 2012 y 2018	78
Gráfica 10. Edad mediana al primer hijo por área de residencia y nacional, 2012 y 2018 ..	81
Gráfica 11. Efecto de los determinantes próximos en la fecundidad total. Nacional y por zonas. 2012 y 2018	94
Gráfica 12. Fases de la transición de la fecundidad a nivel nacional y por área de residencia entre 2012 y 2018	96

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1. Cronología de las teorías relacionadas a la transición de la fecundidad.....	11
Esquema 2. Cronología de la evolución del concepto de la fecundidad	14
Esquema 3. Modelo de Bongaarts	18
Esquema 4. Marco conceptual sobre los factores que influyen en la fecundidad	19
Esquema 5. Esquema analítico cuantitativo	58
Esquema 6. Tipologías de análisis.....	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Países de América Latina clasificados según las fases de la transición de la fecundidad y mortalidad, 2005-2010.....	22
Tabla 2. Ficha técnica de las ENSANUT 2012 y 2018	44
Tabla 3. Mujeres en Edad Fértil (MEF) por área de residencia, 2012 y 2018	45
Tabla 4. Características sociodemográficas de las mujeres participantes. Ecuador, 2022..	60
Tabla 5. Ecuador: Distribución de las mujeres por estado conyugal, según el área de residencia y grupos etarios entre 2012 y 2018	83
Tabla 6. Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según regiones de residencia entre 2012 y 2018	84
Tabla 7. Proporción de mujeres actualmente casadas o unidas, según uso de métodos anticonceptivos. Nacional y por zonas. 2012 y 2018	87
Tabla 8. Duración media de las variables que determinan la infecundidad posparto. Nacional y por zonas. 2012 y 2018.....	90
Tabla 9. Índices de los determinantes próximos de la fecundidad. Nacional y por zonas. 2012 y 2018	92
Tabla 10. Desglose de la Tasa Global de Fecundidad en Ecuador, según el área de residencia entre 2012 y 2018	100

INTRODUCCIÓN

La fecundidad es uno de los componentes más significativos de la dinámica poblacional, así como de la transición demográfica y sus importantes peculiaridades son los cambios de un escenario con tasas de fecundidad más altas a otras más bajas con respecto a la tasa de crecimiento poblacional. Por supuesto estas transformaciones no se produjeron en el mismo momento y trayectoria para todas las regiones de América Latina (CEPAL, 2008). Por ejemplo, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2011), la población ecuatoriana a partir del primer censo de 1950 hasta el último censo de 2010 ha presentado un crecimiento cada vez más lento con un promedio anual de 2 por ciento, siendo la fecundidad la que mayormente ha contribuido a esta reducción en la velocidad del crecimiento poblacional. No obstante, este contexto no es homogéneo dentro del país.

Cabe mencionar que en la actualidad se puede creer que los niveles promedio de hijos son bajos en América Latina. Sin embargo, aún perseveran discrepancias importantes entre las diferentes clases sociales y una de las diferencias más considerables se identifica al contrastar la fecundidad por área de residencia. De esta manera, examinando la información censal entre 2001 y 2010 del INEC (2011) por área de residencia, se identifican tendencias disímiles del crecimiento poblacional. El mayor ritmo de crecimiento se presenta en el área urbana con un 2.24%, mientras que el área rural presenta un menor ritmo con un 1.47% entre 2001 y 2010. Por tanto, estas estimaciones dan cuenta de un crecimiento poblacional de menor ritmo situado en las áreas rurales (INEC, 2020; B. Villacís y Carrillo, 2010).

Asimismo, se ha encontrado que el promedio de hijos por mujer que arrojó el censo 2010 es de 2.62 hijos por mujer, el cual disminuyó con relación al 2001 (3.04) y a 1990 (3.74) (INEC, 2011; B. Villacís y Carrillo, 2010). Dicha reducción puede deberse a varios factores resaltando las nuevas pautas familiares, el cambio en el rol de la mujer, acompañado de la decisión de las parejas de tener menos hijos, la expansión de la educación y la urbanización (Chávez y Medina, 2012; Ishida et al., 2011; Lanchimba y Medina, 2011; Notestein, 1945). Asimismo, si bien la baja de la fecundidad ha sido unánime, su intensidad es distinta según el área de residencia. Las mujeres rurales en 2010 presentan un promedio de 4 hijos por mujer, el cual supera al promedio en el área urbana de 2.5 hijos por mujer (INEC, 2011). De acuerdo

con las estadísticas presentadas, la fecundidad juega un papel preponderante; de manera que resulta necesario tener un conocimiento exhaustivo del comportamiento de esta variable y de los factores que influyen en ella. Un aspecto relevante para estudiar los comportamientos reproductivos, que todavía no está disponible en la literatura ecuatoriana, es identificar los determinantes próximos de la fecundidad, las percepciones sobre los factores que influyen en relación con la reproducción y su evolución en el tiempo. Así mismo es trascendental investigar los comportamientos reproductivos y otros aspectos demográficos considerando las diferencias en el ámbito urbano y rural, ya que son contextos muy disímiles. Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo consiste en:

Analizar los cambios de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil (15 a 49 años) a nivel nacional y por área de residencia en los años 2012 y 2018.

Para lograr este objetivo, se emplea una metodología mixta. Con respecto a lo metodológica cuantitativa se emplea el modelo matemático presentado por Bongaarts (1978) para estimar el efecto individual y conjunto de los determinantes “intermedios o próximos” (la nupcialidad, la anticoncepción, el aborto inducido y la infecundidad posparto) de la fecundidad según el área de residencia (Bay et al., 2003; Páez y Zavala, 2017). La elección de este marco teórico para realizar la investigación en Ecuador está basada en la bondad de este modelo para estimar no sólo el nivel de la fecundidad, sino la contribución de la diferenciación de los determinantes en la evolución de la fecundidad² (McNicoll, 1980). Y dada la gran diferencia entre el área rural y urbano, se buscará identificar las disimilitudes de los determinantes próximos entre dichos contextos sociodemográficos. Cabe mencionar que esta metodología permite tener una caracterización general de la población de estudio que corresponde a las mujeres en edad fértil. A partir del componente cuantitativo se utiliza la técnica cualitativa de los grupos focales con el fin de entablar un diálogo entre mujeres jóvenes en edad reproductiva para profundizar y recopilar las experiencias, las emociones, las percepciones y evoluciones de determinados determinantes próximos (nupcialidad y anticoncepción) que inciden

² Para esta investigación se utilizarán tres variables intermedias (nupcialidad, anticoncepción y lactancia), ya que para el tema del aborto existe una inexactitud de datos en las fuentes de información.

en la admisión de nuevas aptitudes en torno a la reproducción. Mediante el enfoque metodológico mixto, se obtiene una mejor comprensión del fenómeno estudiado y respuesta a la interrogación general de la presente investigación, en comparación a la aplicación de cada uno de estos métodos por separado.

Este trabajo se fundamenta principalmente en la información más reciente sobre temas de fecundidad de la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” (ENSANUT) desarrollada por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), ejecutada durante los años de 2012 y 2018. La población objetivo de esta encuesta son todos los miembros del hogar y recoge información de “Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 10 a 49 años, niños(as) menores de 5 años, hombres de 12 años y más de edad y niños(as) de 5 a 17 años” (INEC, 2012a, p. 10, 2019, p. 8). Cabe mencionar que el interés de este estudio se ha centrado en las MEF entre 15 a 49 años que residen en las zonas urbanas y rurales.

Esta investigación cuenta con seis capítulos. En el primer capítulo se exponen los aspectos teóricos de este estudio, se revisa y se discute la literatura de las transiciones demográficas y de la fecundidad, del concepto de fecundidad natural y controlada, así como de los determinantes próximos de la fecundidad. Este capítulo permite vislumbrar cual es el conocimiento previo sobre el tema.

El segundo capítulo se muestra el estado de la cuestión de esta investigación, presentando de manera breve, investigaciones sobre el comportamiento de la transición demográfica y de fecundidad en América Latina y para el caso ecuatoriano, así como la fecundidad diferencial; existe una carencia de investigaciones académicas acerca del dominio del área de residencia en el comportamiento reproductivo de la población femenina ecuatoriana. Además, se expone la evolución de la fecundidad y la influencia de las políticas de población en el declive de la fecundidad en Ecuador. Este capítulo asimismo señala que los cambios en la fecundidad están asociados con las campañas de planificación familiar y la posición de la Iglesia Católica, que han jugado un papel significativo en las transformaciones políticas y demográficas del país. Este capítulo facilita comprender y analizar el estudio del conocimiento acumulado (basado en diferentes investigaciones) acerca de la fecundidad ecuatoriana.

Consecutivamente, en el tercer capítulo se muestran los fundamentos teóricos metodológicos de esta investigación. En una primera instancia, se muestra información sobre los objetivos, preguntas e hipótesis de la investigación. La formalización de la investigación permite conocer, en función de los antecedentes, qué se espera encontrar en los resultados. En otra sección, se describe la fuente de información utilizada. Por último, se muestra información minuciosa sobre los métodos utilizados en función de los objetivos planteados para el cumplimiento de la investigación. Cabe mencionar que este capítulo es el que faculta la reproductibilidad integral de esta investigación.

Así mismo, para dar respuesta a las preguntas de investigación trazadas en el segundo capítulo, se muestran dos capítulos de resultados, un capítulo analítico y uno más de análisis cualitativo. El cuarto capítulo analítico cuenta con tres secciones: la primera sección muestra un análisis de la evolución de la fecundidad mediante las fuentes censales y de las proyecciones poblacionales. En esta sección se cuenta con información de las tasas de fecundidad según diferentes fuentes de datos como las encuestas por muestreo, el censo de población y las proyecciones poblacionales de Naciones Unidas; en este apartado se emplean datos anuales desde 1950 a 2050. Posteriormente, en la segunda sección se muestra un análisis de las estimaciones sobre el calendario y la intensidad de la fecundidad de las mujeres en edad fértil, desagregado por área de residencia a partir de los datos de las ENSANUT 2012 y 2018. Así mismo, la tercera sección muestra los datos de la ENSANUT, que es la principal fuente de datos que permite estimar el modelo de Bongaarts para analizar la influencia y la aportación que ha tenido cada determinante próximo en la evolución de fecundidad en Ecuador, igualmente desagregados por área de residencia. Como opinan González, Palma y Montes (2007), el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad es importante, ya que contribuye al estudio de la “reducción en los niveles de fecundidad observados que dependen de la diferenciación entre cada una de esas variables” (p. 5). Asimismo, la presencia de este análisis permite describir, de una manera más acotada, el control de la fecundidad de acuerdo con diferentes variables sociodemográficas, así como de las mujeres urbanas y rurales (Bay et al., 2003; Ferrando, 2004; Vignoli, 2003).

En el quinto capítulo se muestra un análisis de las historias y experiencias de mujeres que se encuentran en edad reproductiva (entre 20 a 30 años de edad) bajo un corte cualitativo. En

este estudio se realizaron dos grupos focales, conformados por 12 y 16 mujeres jóvenes. Las participantes fueron caracterizadas como *pioneras*, ya que se trataban de estudiantes de licenciatura de Ingeniería en Estadística de la Universidad Central del Ecuador y que residían en la ciudad capitalina de Quito. Estas entrevistas ayudaron a identificar y profundizar, a través del análisis de las percepciones de las participantes, los factores y razones que incentivan a cambiar sus decisiones individuales en torno a los procesos reproductivos.

Finalmente, en el capítulo sexto se presentan las conclusiones, recomendaciones y limitaciones. En este apartado de la investigación se rescatan los resultados de los capítulos anteriores y el análisis en función de la literatura mencionada anteriormente. Además, se muestran ciertas recomendaciones y contribuciones de la presente investigación. De igual modo, se presentan algunas líneas de investigaciones futuras y también las limitaciones que tiene la investigación.

En este trabajo se actualiza el análisis transversal de la fecundidad ecuatoriana durante el periodo 2012 y 2018, en aras de vislumbrar las particularidades de su evolución para dos puntos en el tiempo. La originalidad de este trabajo reside en la aplicación de diferentes metodologías de investigación, en el cual se han integrado los datos cuantitativos y cualitativos. La estimación y evaluación del modelo propuesto por Bongaarts permite evidenciar el efecto de cada uno de los determinantes próximos en el nivel de la fecundidad, tanto a nivel nacional como por área de residencia, mediante información vigente de la fuente de datos más reciente. A través del componente cualitativo, se profundizarán las experiencias y evoluciones de las dimensiones de los procesos reproductivos; considerando el marco específico del caso ecuatoriano. Por esta razón el presente estudio se lleva a cabo con el propósito de arrojar resultados sobre las recientes tendencias demográficas para el caso ecuatoriano; y, de hecho, para completar los muy escasos trabajos sobre la fecundidad en Ecuador que muestran los cambios en los procesos reproductivos, especialmente con un enfoque de investigación mixta.

1. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD

Este capítulo presenta la información teórica en la que se sustenta y justifica esta investigación. Para ello, el capítulo se estructura a partir de cuatro ejes. En el primero, se da cuenta de las generalidades de los procesos de transición demográfica. En el segundo, se describe brevemente el desarrollo de las teorías relacionadas con la transición de la fecundidad³. Posteriormente, en la tercera sección del capítulo se habla de la evolución de la fecundidad natural a la fecundidad controlada. Y, finalmente, en la última sección, se describen los determinantes próximos de la fecundidad, sus características de definición y medición, así como la problemática asociada a la evolución de la fecundidad.

1.1 Teoría de la transición demográfica

La importancia que tiene la teoría de la transición demográfica es profundizar las nociones relacionadas con la evolución demográfica, ya que la dinámica poblacional no sólo se basa de la migración y de la mortalidad, sino también de la fecundidad. Existen diferentes determinantes que se interrelacionan entre ellos, forma “regímenes complejos de reproducción demográfica” que se conciertan, como la nupcialidad, la anticoncepción, el aborto y la lactancia (Chackiel y Schkolnik, 1992; Zavala de Cosío, 1992b). Estas variables coexisten en cualquier sociedad; sin embargo, sus particularidades varían en contextos históricos y espaciales (Zavala de Cosío, 1992b). Por consiguiente, el objetivo de este apartado es presentar una breve revisión teórica de los autores clásicos que dan paso a las teorías de transición de la fecundidad.

Landry y Szrete (1987; 1993) desarrollaron sus ideas a largo de la primera mitad del siglo XX. Estos autores mencionan que la transición demográfica describe los cambios en la dinámica demográfica que determinan la evolución de un régimen demográfico representado por tasas de fecundidad y mortalidad altas a otras donde la fecundidad y la mortalidad son bajas. Thompson (1929) describe tres tipos básicos de regímenes demográficos en función de las tasas de fecundidad y mortalidad, y pone en evidencia además que es posible clasificar el

³ Cabe recalcar que el objetivo del presente capítulo no se basa en mostrar con especificaciones cada teoría sino proporcionar los compendios importantes de cada una.

crecimiento poblacional. El primer régimen, estacionario o de disminución, es representado por las bajas tasas de natalidad y mortalidad que correspondían a los países de Europa del Norte, Europa Occidental y Estados Unidos. El segundo régimen, crecimiento efectivo, es representado por un incipiente control de las tasas de natalidad y mortalidad, pero mostraba una mortalidad con un descenso más pronunciado (Italia, España, y los pueblos eslavos de Europa central). Y el tercer régimen, estado de crecimiento potencial, se caracterizaba con un escaso control de las tasas de natalidad y mortalidad (el resto del mundo, los países aún no desarrollados económica y socialmente)⁴ (Thompson, 1929).

Posteriormente a Thompson, Frank Notestein (1945) profundiza y amplía la teoría de la transición demográfica mediante avances que lo llevan a desarrollar la idea de agrupar en tres grupos a los países según las etapas de desarrollo, de urbanización y de industrialización en que se sitúan por acumulación de capital; los cuales crean una forma de vida en la que criar a más hijos es lo suficientemente costoso como para disuadir a la mayoría de los padres de tener familias numerosas (Notestein, 1945).

En esta lógica, la transición demográfica genera cambios en el volumen poblacional y la estructura etaria de las poblaciones. En este sentido, Bloom, Boersch-Supan, Mcgee, y Seike (2011) proponen que la transición demográfica es responsable de la baja de la mortalidad (las personas viven significativamente más que en décadas anteriores) y del descenso en la fecundidad (las familias empiezan a tener menos hijos). Y, finalmente, los autores afirman que el fenómeno del *Baby Boom* se caracteriza por el aumento rápido en los nacimientos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, cuando Estados Unidos y Europa experimentaron tasas de natalidad muy elevadas y agregaron aproximadamente un promedio de 4 millones de bebés a la población cada año entre 1946 y 1964 (Bloom et al., 2011).

Algunos autores (Bongaarts, 1978; Breton and Prioux, 2005; K. Davis and Blake, 1956; Kingsley Davis, 1945; Knodel, 1987) estudiaron el inicio del declive de la fecundidad en Europa Occidental, después del descenso de la mortalidad entre finales del siglo XVIII y principios del XIX; ésta se caracterizaba por tener un ritmo lento hasta llegar a tasas bajas de

⁴ Cabe mencionar que el autor no especifica los niveles de las bajas/altas tasas de natalidad y de mortalidad; sin embargo, se basa en la comparación de los registros de los años anteriores y lo esperado.

fecundidad, debido a la postergación de los matrimonios, así como al aumento del celibato definitivo (Zavala de Cosío, 1992b).

En el desarrollo de la transición demográfica en Latinoamérica, resalta el precipitado descenso de la fecundidad, que fue antecedida por el descenso sostenido de las tasas de mortalidad a partir de finales del siglo XIX (Chackiel y Schkolnik, 1992; Narro y Moctezuma, 2001; Zavala de Cosío, 1992b). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), en los últimos sesenta años se concentró la reducción de la fecundidad y de la mortalidad. “En el periodo de 2010 a 2015 se observa, en promedio, una esperanza de vida al nacer de 74.5 años y una Tasa Global de Fecundidad de 2 hijos por mujer” (CEPAL, 2011, p. 14). Esto conlleva a cambios estructurales que influyen negativamente en la natalidad. Así, se explica cómo:

“El rejuvenecimiento de las poblaciones reduce la proporción de mujeres en edades reproductivas; además, el patrón de fecundidad la envejece con la mayor sobrevivencia de las parejas” (Zavala de Cosío, 1992b, p. 22).

Varios autores (Freedman, 1979; Rodríguez Wong y Bonifácio, 2009) subrayan el ritmo de crecimiento acelerado de la transición de la fecundidad en Asia y América Latina. En este sentido, la transición de la fecundidad en la región ha provocado cambios demográficos que han desempeñado un rol significativo en la evolución de la estructura y del tamaño de las familias, así como otros factores sociales, económicos, culturales y políticos, especialmente en la evolución del papel de la mujer en el colectivo social (Rodríguez Wong, 2009).

La transición demográfica en las naciones en vías de desarrollo es denominada como un proceso de modernización del comportamiento reproductivo en la población (Chackiel y Schkolnik, 1992). Chesnais (1992) menciona que el proceso de la transición demográfica se puede identificar en cinco etapas: la fase uno, conocida como pretransicional (el crecimiento poblacional es bajo, regularmente se encuentra en 0.5%); la fase dos, conocida como creciente, la cual se determina por presentar una disminución de las tasas de mortalidad y tasas de natalidad altas, además presenta un aumento acelerado de la población; la fase tres, denominada como punto de estancamiento (crecimiento máximo de la población); la fase cuatro,

conocida como decreciente, se caracteriza por presentar una reducción rápida de las tasas de natalidad en comparación con las tasas de mortalidad, además presenta una desaceleración del crecimiento de la población; y la última etapa, llamada como postransicional, presenta tasas de natalidad bajas y regularmente el crecimiento poblacional se encuentra en 0.5%.

A partir de la teoría de la transición demográfica, a finales de los 1980, Van de Kaa y R. Lesthaeghe plantearon la existencia de una segunda transición demográfica. Esta teoría surge de la globalización y modernización económica que provocan un cambio de valores orientado hacia el individualismo y la autorrealización que se produce con el aumento de la riqueza y la secularización, ésta última caracterizada por la expansión de la educación, cambios en el rol de la mujer y nuevas pautas familiares que a su vez se acompañan por un cambio de valores también conocido como el auge de valores postmaterialistas y postmodernos (R. Lesthaeghe and Surkyn, 1988; R. Lesthaeghe and Wilson, 1986; Van de Kaa, 2002).

Además, los estándares de calidad de vida han aumentado con el tiempo; sin embargo, estos estándares se canalizan de manera desproporcionada en ciertos grupos poblacionales. Por lo general, las personas que se localizan en el mercado de trabajo y con mayores posibilidades económicas tienen los privilegios de satisfacer sus necesidades personales y adoptar comportamientos individualistas. Sin embargo, las poblaciones más vulnerables no pueden experimentar aumentos en los niveles de vida y lo hacen a un nivel más bajo (Mills y Blossfeld, 2013). Por tanto, esta teoría de la segunda transición demográfica no es universal, ya que se ajusta a los datos de algunos países de Europa del Norte, pero se adapta mucho menos a los datos de varios países en desarrollo. Por ejemplo, en América Latina, el rasgo sobresaliente es la elevada heterogeneidad de la pobreza, lo que significa la ruptura del lazo social y la anomia en la que se encuentran los sujetos postmodernos (Bonavitta, 2010; Mason, 1997).

Por último, la teoría clásica de la transición demográfica, que se ha presentado en algunos países, todavía necesita seguir estudiarse, ya que existen inconsistencias. Por ejemplo, se observa que el primer conjunto de transiciones ocurrió en Europa Occidental aproximadamente cien años antes de que ocurriera en Asia y América Latina, lo que encaja bastante bien con la historia de la urbanización, industrialización y disminución de la mortalidad en estas

regiones del mundo. Sin embargo, menos consistente con esta teoría es la historia demográfica de ciertos países. Por ejemplo, varios países de Asia, como Bangladesh, (Kamal et al., 1994) y de América Latina, como México, (Zavala de Cosío, 1992b, 1992a) experimentaron la transición de la fecundidad siendo países agrarios y subdesarrollados, una aparente contradicción con la idea de que el desarrollo y la modernización provocan descensos en la fecundidad. La influencia de las políticas demográficas es importante en estos casos. Así, la teoría de la transición demográfica tiene ideas que son difíciles de ignorar y que subsisten a pesar de las críticas a las que ha sido sometida; se necesitan más estudios a profundidad.

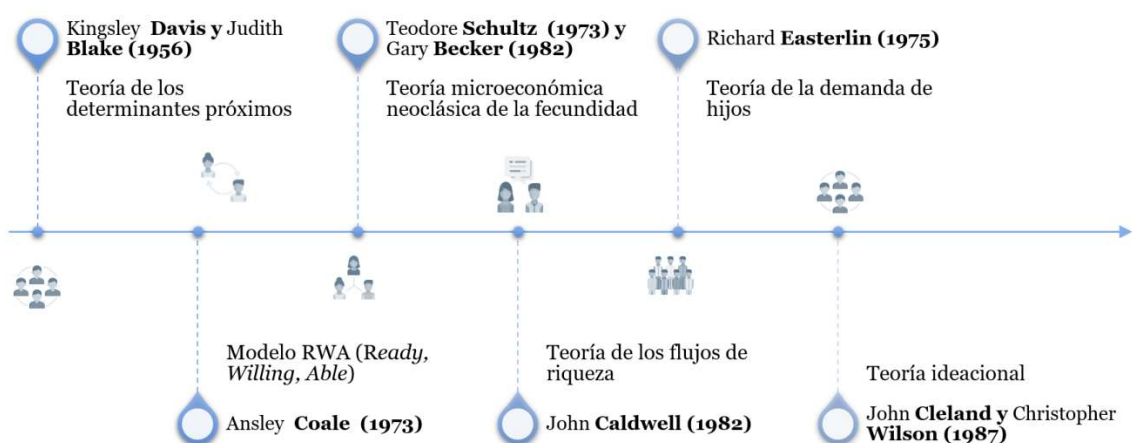
1.1.1 Teorías relacionadas con la transición de la fecundidad

Como se mostró en la sección anterior, una dimensión esencial de la transición demográfica es la teoría de la transición de la fecundidad. En la presente investigación, se utiliza la perspectiva teórica de los determinantes próximos de la fecundidad que consideran los factores explicativos de las evoluciones de la fecundidad desde una fecundidad natural hacia una fecundidad controlada (Davis y Blake, 1956; Coale, 1973; Bongaarts, 1978). La elección de este enfoque teórico se justifica por el objetivo principal de esta investigación, que consiste en examinar los cambios de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas, además de que se dispone de datos recientes y fiables que permiten estimar los determinantes próximos de la fecundidad.

Uno de los primeros en exponer la idea de los frenos a la procreación fue Thomas Robert Malthus (1798), economista preocupado por el crecimiento poblacional, cuyo argumento principal se plasmó en su libro *Essay on the Principle of Population*. En esta obra, se plantea que las poblaciones humanas crecen en forma geométrica mientras que la producción de alimentos crece en forma aritmética. Para evitar este crecimiento acelerado, Malthus propuso que se implementaran “controles o frenos” al crecimiento demográfico (Malthus, 1798). Este pensamiento planteaba regularizar los matrimonios para nivelar el consumo de alimentos (Abramitzky y Braggion, 2003). Asimismo, Malthus (1798) consideraba que se debían aplicar políticas derivadamente restrictivas sobre el matrimonio, especialmente controles preventivos que suponen el freno moral que implica principalmente el retraso de la unión matrimonial.

A continuación, se presenta la cronología de las diferentes teorías relacionadas a la transición de la fecundidad para comprender el tiempo histórico en el que se desarrollaron, teniendo en cuenta que siguen el estándar de la teoría de la transición demográfica, la misma que asocia al declive de la fecundidad y de la mortalidad; ambos procesos se encuentran estrechamente relacionados con el proceso de la modernización de la sociedad (Rodríguez Sumaza, 1997). Asimismo, se muestra una descripción sintetizada de las explicaciones sociológicas de cada teoría.

Esquema 1. Cronología de las teorías relacionadas a la transición de la fecundidad



Fuente: Elaboración propia.

En los años cincuenta, Davis y Blake (1956) son considerados como los pioneros en el análisis de los factores sociales de la fecundidad. Estos autores proponen el concepto de los determinantes intermedios de la fecundidad. Este modelo sociológico analiza la presencia de un conjunto de variables denominadas “próximas o intermedias”, como la edad de inicio de las uniones sexuales, el uso o no de la contracepción, entre otras variables que tienen influencia en las prácticas culturales y sociales relacionadas con la fecundidad (K. Davis y Blake, 1956).

Dos décadas después, Ansley Coale (1973) es considerado como el pionero en la tesis regional y cultural de la transición de la fecundidad. Coale se apoyaba en los hallazgos del Proyecto Europeo de la Transición de la Fecundidad de Princeton bajo su dirección (Watkins y Coale, 1986). En este sentido, Coale afirmó que el inicio y la velocidad de la transición de la

fecundidad europea dependían del cumplimiento en conjunto de tres condiciones previas, para describir la adaptación a nuevas formas de comportamiento. Propone un modelo establecido por tres condiciones previas, es decir, “*Ready, Willing, Able*” (RWA); estas condiciones pueden tener muchas aplicaciones en una variedad de campos. En general, la condición R (*Readiness*) surge en todos los asuntos que tienen una dimensión económica, la condición W (*Willingness*) destaca el peso de las variables sociales y culturales y la condición A (*Ability*) enfatiza el peso de las variables institucionales (Ron Lesthaeghe y Vanderhoeft, 1999).

En esta misma década, Becker y Schultz (1960; 1973) plantean la teoría microeconómica neoclásica de la fecundidad que enfatiza tres factores en las elecciones de fecundidad de las parejas: los costos relativos de los hijos frente a otros bienes, los ingresos de la pareja y sus preferencias por los hijos frente a las formas de consumo que compiten entre sí⁵. Esta teoría proporciona un marco cuantificable para investigar el cambio de la fecundidad, pero como teoría guarda silencio sobre las condiciones ambientales e institucionales que modifican los costos, los ingresos o las preferencias y, por lo tanto, provocan la disminución de la fecundidad (McNicoll, 1980).

En los años ochenta, se establece la teoría de los flujos de riqueza de Caldwell (1982), que atribuye la disminución de la fecundidad al sistema emocional de la familia nuclear cuyo cambio puede ser desencadenado por fuerzas económicas o culturales. En el núcleo de la teoría está la idea de que la nucleación hace que los niños, no los padres, sean los beneficiarios económicos netos de la vida familiar, un proceso que Caldwell llama la inversión de los “flujos de riqueza intrafamiliares”. La teoría de Caldwell se aplicó en África subsahariana, donde Caldwell realizó gran parte del trabajo de campo que generó la teoría, y donde las familias extensas son fuertes y los ancianos probablemente se benefician de una alta fecundidad (R. Lesthaeghe, 1980). Sin embargo, como ha señalado Freedman (1979), la teoría no funciona tan bien en muchas partes del Este de Asia, donde la fecundidad ha disminuido con pocos cambios aparentes en las relaciones familiares extensas (Thornton y Fricke, 1987).

⁵ La teoría no está formulada en términos de niños *per se*, sino en términos de servicios para niños, productos básicos producidos en el hogar que generan utilidad para los padres (Becker, 1960; Schultz, 1973).

También esto ocurrió en Europa occidental, donde la familia nuclear existió durante siglos anteriores de que declinara la fecundidad (Hajnal, 1965).

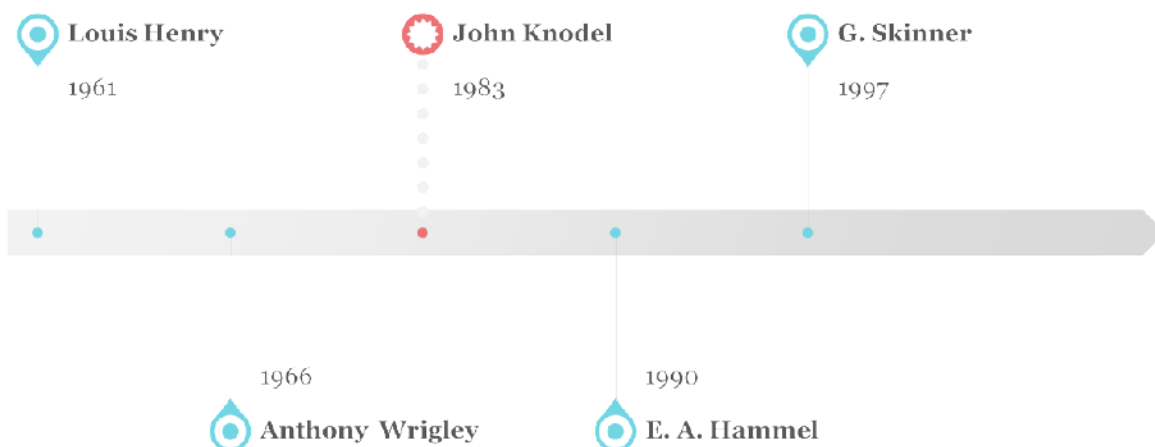
Una de las contribuciones más importantes de Richard Easterlin (1975; Easterlin y Crimmins, 1986) es la introducción de una variable sociológica a los modelos explicativos: la demanda de hijos. Easterlin (1975) explica la fecundidad en términos de tres factores: la oferta de hijos, es decir, el número de hijos que los padres poseerían sin una limitación deliberada de la fecundidad; la demanda de hijos, o el número de hijos supervivientes que les gustaría tener; y los costos de la regulación de la fecundidad, donde los "costos" son costos psíquicos, sociales y monetarios. Este marco ha sido útil para organizar el pensamiento sobre la disminución de la fecundidad de varios autores (Bulatao y Lee, 1983; Robinson, 1997).

Otra teoría sobre la disminución de la fecundidad es conocida como la teoría ideacional, enunciada por Cleland y Wilson (1987). Esta teoría atribuye el momento de la transición de la fecundidad a la propagación de información y nuevas pautas sociales del control de la natalidad. Cabe mencionar que la difusión de ideas y los procesos a través de los cuales ocurre esa difusión, es decir, la interacción social y la influencia, se reconocen cada vez más como importantes para determinar el momento de la disminución de la fecundidad, especialmente en una escala de tiempo (Bongaarts y Watkins, 1996; Hirschman, 1994).

1.2 Evolución del concepto de fecundidad: de la fecundidad natural a la fecundidad controlada

El estudio de la fecundidad hace posible la identificación de las pautas de formación de las familias. Por ejemplo, en algunas poblaciones donde se presenta la fecundidad natural, es decir, la ausencia del control natal, los comportamientos reproductivos están principalmente determinados por los patrones en la formación y disolución de las parejas (Bay et al., 2003). A continuación, se muestran los principales autores que estudiaron la evolución del concepto de la fecundidad.

Esquema 2. Cronología de la evolución del concepto de la fecundidad



Fuente: Elaboración propia.

Una de las dificultades más desafiantes que enfrentan las teorías existentes sobre la transición de la fecundidad es el uso generalizado, o el mal uso, del concepto de “fecundidad natural” (Henry, 1961). La fecundidad natural se refiere a la fecundidad, que puede ser controlada socialmente de manera indirecta, pero que no está controlada según el número de nacimientos durante la vida reproductiva de las parejas ni para limitar la descendencia final. Esta teoría fue propuesta independientemente de la paridad; cuando la paridad determina la fecundidad, este último fenómeno se denomina fecundidad controlada y aparece al terminar el régimen de fecundidad natural (Henry, 1961).

El concepto ha sido ampliamente aceptado y se ha incorporado al pensamiento dominante sobre la teoría de la transición de la fecundidad. Tal como se utiliza en esta teoría, el concepto de la fecundidad natural parte del supuesto de la cultura, más que de la lógica individual, y gobierna los patrones de reproducción previos a la transición. Wrigley (1966) afirma:

“(…) Cuando se produjo la transición demográfica no se pasó de una situación en la que la fecundidad estaba descontrolada a otra en la que se redujo mediante el ejercicio de una prudente contención. La fecundidad está limitada en casi todas las sociedades. Sin embargo, el cambio fue pasar de un sistema de control por medio de la institución social y la cultura a uno en el que la elección individual de las parejas desempeñaba un papel importante en la regulación de la tasa de fecundidad.” (1966, p. 148).

Acompañando al concepto de fecundidad natural, se encuentra una concepción del sistema ideacional colectivo que gobierna a las costumbres, es decir, que depende de la cultura. Se observa a la cultura como un conjunto relativamente fijo de reglas de comportamiento que se inculcan a cada nueva generación y que a partir de entonces regulan su comportamiento. Wrigley (1966) plantea la hipótesis de que estas reglas de comportamiento surgen a través de la racionalidad del grupo. El control cultural de la fecundidad, por lo tanto, se conceptualiza como lo opuesto al control individual (racional) de la fecundidad, y el cambio de uno a otro es un factor crítico de la transición de la fecundidad natural a la controlada (Wrigley, 1966). Sin embargo, posteriormente a los trabajos de Henry y de Wrigley, Knodel (1983a, 1983b) reconoce que se observan casos de control de la fecundidad individual no relacionados con la paridad, como la práctica de la abstinencia terminal basada en la edad o el estado civil del hijo mayor. En cambio, el uso de anticonceptivos para prolongar el intervalo entre nacimientos, relacionado con el número de hijos nacidos anteriormente en las parejas, ya no cumple con la definición de la fecundidad natural e implica una fecundidad controlada.

La visión de la cultura como una plantilla relativamente rígida para el comportamiento individual se ha visto cada vez más como poco realista (Hammel, 1990). Un nuevo consenso entre los antropólogos considera que la cultura es un conjunto de pautas que las personas reinterpretan y renegocian incesantemente, que puede verse como la última etapa de un conflicto muy antiguo dentro de las ciencias sociales sobre la fuerza relativa de los controles sociales y la elección individual para determinar el comportamiento humano y la cohesión de la sociedad (Wrong, 1961). Sin duda, no todos los individuos tienen la misma capacidad para influir en la cultura, o sea, en el contexto del ejercicio de la fecundidad.

Generalmente, algunas instituciones influyentes, como la Iglesia o el Estado, tienen una voz importante en la determinación de las reglas de comportamiento. El punto es, sin embargo, que incluso los miembros más impotentes de la sociedad son capaces de resistir, redefinir o reinterpretar las reglas de comportamiento del grupo y, al hacerlo, contribuir al cambio de cultura. Desde este punto de vista, no hay nada contradictorio en la idea de que los individuos pueden pensar, y de hecho lo hacen, consciente y racionalmente sobre conductas que están culturalmente prescritas o prohibidas (Skinner, 1997).

1.3 Determinantes próximos de la fecundidad

Para conocer los cambios en los comportamientos de la fecundidad de la población de un país, es necesario investigar los factores relacionados con los niveles de fecundidad (por ejemplo, su disminución) con el fin de mejorar tanto la comprensión del peso específico de cada uno de los determinantes próximos, como la eficacia de las intervenciones, en todas las poblaciones y no solo en los grupos vulnerables (Bay et al., 2003). Por consiguiente, en esta sección se presenta una rápida referencia histórica de la teoría de los determinantes próximos de la fecundidad.

Bongaarts y Potter (1983) y Boerma y Weir (2005) han demostrado que los niveles de la fecundidad están influenciados por varios factores que denominan los determinantes próximos. Estos determinantes influyen directamente en la fecundidad (Bongaarts y Potter, 1983; Islam et al., 2004). Esto implica que, si cambia una variable próxima manteniendo todas las demás constantes, consecuentemente, la fecundidad cambiará.

Como señalaron por primera vez Davis y Blake (1956), los factores que afectan a la fecundidad se pueden clasificar en dos grupos: variables explicativas y variables intermedias o próximas. El primer grupo incluye factores culturales, psicológicos, económicos, sociales, de salud y ambientales. Los determinantes próximos son aquellos factores que tienen un efecto directo sobre la fecundidad. Los factores explicativos operan a través de los determinantes próximos para influir en la fecundidad; o sea, no influyen directamente en la fecundidad.

En primera instancia, Davis y Blake (1956) precisaron un conjunto de once variables como determinantes de la fecundidad. El modelo agrupa a todos los determinantes próximos en tres componentes:

- a. *“Factores que afectan la exposición al coito:* 1) edad de inicio de las uniones sexuales; 2) celibato permanente: proporción de mujeres que nunca se unen sexualmente; 3) intervalo de pérdida del período reproductivo: cuando las uniones se deshacen por divorcio, separación o abandono; 4) abstinencia voluntaria; 5) abstinencia involuntaria (por impotencia, enfermedad, separaciones inevitables pero temporales); 6) frecuencia del coito.

- b. *Factores que afectan al riesgo de la concepción:* 7) fertilidad o esterilidad por causas involuntarias; 8) uso o no de métodos anticonceptivos (por medios mecánicos y químicos o por otros medios); 9) infecundidad por causas involuntarias y voluntarias (aborto).
- c. *Factores que afectan a la gestación y al éxito en el parto:* 10) mortalidad fetal por causas voluntarias y 11) mortalidad fetal por causas involuntarias”(K. Davis y Blake, 1956, p. 3)⁶.

Todos estos determinantes eran difíciles de medir en los modelos de la fecundidad. Un artículo de Bongaarts (1978) propuso reducir a siete las variables intermedias para facilitar la cuantificación: “la proporción de mujeres casadas; el uso de métodos anticonceptivos y su eficacia; la prevalencia del aborto inducido; la duración de la infecundidad postparto; la frecuencia de las relaciones sexuales; la mortalidad intrauterina espontánea; y la prevalencia de la esterilidad permanente” (1978, p. 107) (Traducción al español por Monge y Rosales, 1991, p. 10).

En su investigación, Bongaarts (1978) considera que los cuatro primeros determinantes son los más significativos, ya que demuestra que el 80 % de la varianza está incluida en esas variables seleccionadas. Asimismo, la prelación de este método es que los resultados de la aplicación son fáciles de interpretar y medir, ya que se puede cuantificar el efecto individual o conjunto de cada uno de los cuatro determinantes (Bongaarts, 1978); los cuales se organizan en tres grupos:

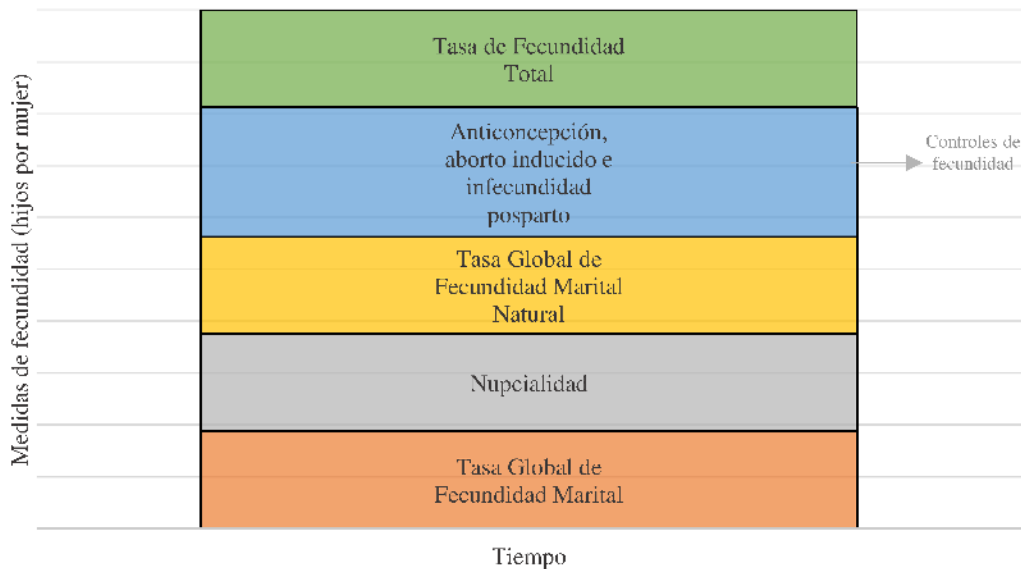
- a. Factores de exposición: *la proporción de mujeres casadas* (también conocida como nupcialidad) en una sociedad indica el grado en que las mujeres en edad reproductiva están expuestas al riesgo de quedar embarazadas (si se supone que todas las relaciones sexuales suceden dentro de la unión). Además, debido a que la entrada al matrimonio es un proceso y no un evento único en algunos países, este análisis analiza el efecto de las proporciones de mujeres en unión sexual, en lugar del matrimonio *per se*, sobre la fecundidad (Zavala De Cosío, 2010).
- b. Factores del control deliberado de la fecundidad marital: *la proporción de mujeres que emplean métodos anticonceptivos* para espaciar o limitar los nacimientos

⁶ Traducción al español del texto de Davis y Blake por Monge y Rosales (1991), pag. 5.

y la eficacia de los métodos anticonceptivos que afectan directamente al nivel de fecundidad de una sociedad. También existe un uso considerable de métodos tradicionales que no son tan efectivos para prevenir el embarazo como los métodos modernos (Bay et al., 2003). Y *la prevalencia del aborto* inducido; por lo general, no se incluye el aborto porque en la mayoría de los países todavía es una práctica ilegal de evitar nacimientos no deseados y no se dispone de estimaciones fiables y comparables (Zavala De Cosío, 2010).

c. Factores de la fecundidad marital: *la infecundidad postparto* depende de varias prácticas que las mujeres pueden seguir después del nacimiento de un hijo para retrasar un embarazo posterior. Una mujer no puede concebir después de un embarazo hasta que vuelve a su patrón normal de ovulación. Cuando está amamantando, la permanencia de la amenorrea en la lactancia está determinada principalmente por la duración, la intensidad y el patrón de la lactancia (S. Schkolnik, 2004). Además, en algunas sociedades no se permiten las relaciones sexuales mientras las mujeres amamantan a sus hijos recién nacidos, lo que reduce aún más las posibilidades de concepción.

Esquema 3. Modelo de Bongaarts



Fuente: Elaboración propia con base en (Bongaarts, 1978, 1982).

La propuesta del modelo de Bongaarts se puede ver de manera general en el esquema 3. El modelo de Bongaarts y Potter (1983) cuantifica la contribución de cuatro determinantes próximos de la fecundidad: el matrimonio, la anticoncepción, el aborto y la infertilidad posparto (1983). La estructura básica del modelo se resume relacionando las medidas de fecundidad con los determinantes próximos.

En el siguiente esquema 4 se indica la relación de los factores de la fecundidad. Se observa que las variables intermedias son influenciadas por los factores socioeconómicos, culturales y ambientales, y que afectan de manera directa a la fecundidad. Por ejemplo, si existe variación en el uso de anticonceptivos, variarán también los niveles de fecundidad. Por lo tanto, las variaciones de la fecundidad pueden asociarse siempre con una o más variables intermedias.

Esquema 4. Marco conceptual sobre los factores que influyen en la fecundidad



Fuente: Elaboración propia con información de Bongaarts, Farooq y Simmons, Davis y Blake (1956).

En este capítulo, se mostraron las diferentes teorías de la transición demográfica y de la fecundidad con el fin de entender mejor el análisis de los determinantes próximos de fecundidad que constituye el principal método de este trabajo. Cabe enfatizar que la teoría de Bongaarts (1978, 1982) ha señalado que la discrepancia en la fecundidad de los países se puede atribuir a la transformación de cuatro variables: la nupcialidad, el uso la anticoncepción, el

aborto inducido y la infertilidad posparto; estas variables se denominan como los “determinantes próximos de la fecundidad”. Asimismo, Bongaarts planteó un modelo matemático que relaciona estos determinantes con el nivel de fecundidad; por esta razón es empleado para calcular la variabilidad de dichos determinantes en el cambio (descenso o aumento) de la fecundidad. También, la consecuencia más significativa de la teoría de la transición demográfica es el proceso de declive de las tasas de mortalidad y de fecundidad en una determinada población. En el transcurso de este proceso se consiguen descubrir dos etapas: en primera instancia la mortalidad aminora, así que se produce un incremento en el ritmo del crecimiento poblacional; y en el segundo momento la fecundidad desciende, y en esta etapa disminuye el crecimiento poblacional (Narro y Moctezuma, 2001). Debido a eso, en los países prósperos y los países emergentes, la transición demográfica se halla en el camino de pasar de altos niveles de fecundidad y mortalidad a niveles limitados, en mayor o menor medida (en la siguiente sección se describe profundamente este efecto).

2. FECUNDIDAD EN ECUADOR

Este capítulo tiene como objetivo estudiar algunos casos empíricos en América Latina y en Ecuador para responder al objetivo principal de esta investigación, que es evaluar los determinantes próximos en la evolución de la fecundidad en Ecuador. En primera instancia, se presentan algunas investigaciones que se han desarrollado sobre la transición de la fecundidad en América Latina, especialmente en países andinos y en Ecuador. En segunda instancia, se focaliza brevemente evidencia empírica sobre la influencia del área de residencia sobre la fecundidad. Posteriormente, se presentan trabajos relacionadas con la transición demográfica en la Latinoamérica; además, se muestra la transición en Ecuador, y se describe en general cuál es la problemática asociada a la evolución de la fecundidad. Y finalmente, se muestra una revisión histórica de las políticas nacionales, programas de planificación familiar, políticas del gobierno e incluso de la Iglesia Católica que influyen sobre la fecundidad en Ecuador.

2.1 Transición de la fecundidad en América Latina

América Latina cuenta con información accesible sobre los niveles, tendencias y discrepancias de la fecundidad. Se observa que existen diversificaciones formidables entre las naciones de Latinoamérica (Miró y Potter, 1980). Por tanto, en esta sección se busca describir la trayectoria de la fecundidad en América y discutir su variación.

La transición demográfica de América Latina empezó en el periodo de 1930 con la baja de la mortalidad, seguida en la década de los 60 por la baja de la fecundidad (Zavala de Cosío, 1995). La región no siguió los patrones esperados, ya que las familias han adoptado rápidamente cambios de valores y conductas reproductivas con respecto al tamaño de la familia deseado (menos hijos). No obstante, estos cambios no sucedieron de la misma manera y en el mismo tiempo en toda Latinoamérica. Por ejemplo, Uruguay y Argentina han iniciado la transición de la fecundidad antes, alrededor de 1920, y en 1950 sus tasas globales de fecundidad llegaron a 3 hijos por mujer; también en el caso de Cuba, la tasa global de fecundidad fue la más baja en la década de los 50 en comparación con la mayoría de los países, donde la tasa global de fecundidad se encontraba entre 5 y 7 hijos por mujer. Al mismo tiempo, en

1950, Chile comenzó a disminuir su tasa global de fecundidad y, en 1970, alcanzó 3 hijos por mujer. En países como Brasil, Chile, Colombia y México, la disminución de la fecundidad comenzó en la década de los 60 (Bay et al., 2003). Asimismo, en el caso de Ecuador, a partir de 1975 empezaron a disminuir sus tasas globales de fecundidad (5.4 hijos por mujer) hasta llegar a 3.2 hijos por mujer en 1995 (Chackiel y Schkolnik, 1995). De acuerdo con el trabajo de Cosío- Zavala (2012), Ecuador todavía se encuentra en una etapa plena o en proceso de la transición de la fecundidad en función de las tasas globales de fecundidad (tabla 1).

Tabla 1. Países de América Latina clasificados según las fases de la transición de la fecundidad y mortalidad, 2005-2010

		Fases de la transición de la fecundidad				
		<i>Muy avanzada</i>	<i>Avanzada</i>	<i>En curso</i>	<i>Moderada</i>	<i>Inicial</i>
Fases de la transición de la mortalidad	<i>Avanzada</i>	Cuba	Argentina Chile Costa Rica Uruguay			
	<i>Media</i>		Brasil	Colombia Ecuador México Panamá Perú Rep. Dominicana El Salvador Venezuela	Nicaragua	
	<i>En curso</i>				Honduras	Guatemala Paraguay
	<i>Incipiente</i>					Haití Bolivia

Fuente: Elaboración propia con base en la información de Cosío-Zavala (2012).

Rodríguez Wong, Carvalho y Aguirre (2000) analizan el transcurso de la transición demográfica en cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú). En primera instancia, Argentina fue uno de los primeros países que superó la etapa pretransnacional. Posteriormente, México empezó la transición cerca de 1920 y después Brasil alcanzó a inicios de la década de los treinta. Inmediatamente, los países andinos, Colombia y Perú, la emprendieron durante los años cuarenta. Los países considerados en este trabajo dan cuenta del predominante fenómeno de la transición demográfica en América Latina derivado de la

combinación de los cambios en los niveles de la fecundidad, de la mortalidad y del crecimiento poblacional a través del tiempo. Además, los autores mencionan que, debido al radical declive de los niveles de fecundidad, es posible que, en los países estudiados y en algunos países de la región, la transición demográfica solamente tome poco más de un siglo (Rodríguez Wong et al., 2000). Las cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2019b) revelan que, en la primera mitad del siglo XIX, América Latina y el Caribe presentan, una Tasa Global de Fecundidad de 2 hijos por mujer.

Cabe recordar la hipótesis de Davis y Blake (1956) acerca de cómo la influencia cultural, social y económica puede afectar a los determinantes de la fecundidad. En cada país de la región, algunos determinantes de la fecundidad, como la exposición al coito y, en consecuencia, la concepción, dependerán de la formación y disolución de uniones. Los métodos anti-conceptivos y el aborto influyen también en los comportamientos reproductivos. Todas estas interacciones y variables influyen en los comportamientos de las mujeres y de las parejas, esto explica la diversificación en el inicio y transcurso de la transición de la fecundidad en diferentes regiones y países (Bay et al., 2003).

Del mismo modo, algunas investigaciones explican los factores significantes sobre el descenso acelerado de la fecundidad en América Latina (Chackiel y Schkolnik, 2003; Juárez y Gayet, 2015; Rosero-Bixby y Castro, 2009). El inicio de la transición coincidió con la difusión, desarrollo y distribución de los anticonceptivos modernos. En algunos países, la esterilización y el aborto fueron una opción demandada y común de las mujeres (Vignoli, 2003). En otro sentido, se evidenciaron pocos cambios en la entrada al matrimonio y a las uniones; el retraso en la edad a la primera unión o matrimonio no fue un factor decisivo como en otros lugares del mundo, ya que las personas se seguían casando a una edad temprana (García y Rojas, 2002; Rodríguez Wong y Bonifácio, 2009). Asimismo, la convivencia ha sido un rasgo particular de la región, donde las parejas permanecían juntas durante algunos años y construían familias sin una relación formal frente a la ley (Esteve et al., 2012).

A grandes rasgos, en los últimos tiempos, los países de la región están manifestando recónditas evoluciones demográficas, entre las que enfatizan la caída de la tasa de crecimiento poblacional y el paulatino envejecimiento de las poblaciones. Esta evolución reconoce la

precipitada disminución de la fecundidad y el declive incesante de la mortalidad (CEPAL, 2019a). Las transformaciones en las estructuras socioeconómicas contribuyeron a cambios de conductas y valores entre las parejas, principalmente en las mujeres (Miranda et al., 2018; Zavala de Cosío, 1995; Zavala De Cosío, 2010). El incremento de la urbanización, la migración de las áreas de residencia rurales a las urbanas metropolitanas, la intervención de las mujeres en la fuerza laboral y el incremento significativo de la escolaridad fueron factores trascendentales han impactado en las decisiones de las parejas acerca del control de la familia, menos hijos y “el empoderamiento de las mujeres en sus relaciones con la fecundidad” (Zavala De Cosío, 2010, p. 2) en el descenso de la fecundidad.

2.2 Fecundidad diferencial en América Latina y Ecuador

El nivel promedio de la fecundidad de un país disimula una marcada disparidad interna, fruto de la inclusión diferencial de las personas y de los grupos sociales en la distribución de la sociedad (Chackiel y Schkolnik, 1992). Por tanto, es de particular utilidad explorar el comportamiento de esta variable al interior de los países. Asimismo, el análisis de la fecundidad permite descubrir las tendencias de los diferentes estratos poblacionales y así determinar con mayor profundidad y detalle el fenómeno en estudio. Por tal razón, el diseño principal de esta sección es realizar una revisión empírica de algunos trabajos de América Latina y Ecuador con el fin de identificar las divergencias de la fecundidad según el área de residencia (urbana/rural).

Generalmente, el retraso en la transición demográfica se muestra en las clases sociales inferiores, particularmente en contextos de escasez y con menor nivel de educación. Este escenario se establece en el área rural donde las poblaciones residen en estos contextos y en las poblaciones marginales urbanas, en donde la escasez se ajusta a los muros culturales que entorpecen la entrada a la información sobre salud reproductiva y planificación familiar (Chackiel y Schkolnik, 2003).

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en el 2010, “dos de cada diez habitantes de América Latina y el Caribe residían en zonas rurales, o más estrictamente, en asentamientos humanos rurales” (A. Rodríguez and Meneses, 2011, p. 4). De acuerdo con la

CEPAL: Haití, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Costa Rica y Ecuador son los países más rurales, específicamente para el caso ecuatoriano presenta, a próximamente un 39% de la población residiendo en asentamientos humanos rurales (véase el anexo 1) (A. Rodríguez y Meneses, 2011).

Existen investigaciones que estudian las diferencias de la fecundidad y de la mortalidad de acuerdo con diferentes colectivos. Sin embargo, estos son insuficientes y no son equiparables entre naciones y mucho menos en el tiempo. Cabe mencionar que los datos disponibles, que admiten cimentar y cuantificar las tendencias en un periodo superior, se relacionan, con dos maneras de estratificar la población por: área de residencia y la escolaridad de la madre (Chackiel y Schkolnik, 2003).

En este sentido, Chackiel y Schkolnik (1992) analizan el comportamiento diferencial de la fecundidad en los países de América Latina según el grado de urbanización en el período 1950-1990; como principales resultados, estos autores evidencian un menor nivel de fecundidad en cuanto mayor es el grado de urbanización del área de residencia. Como patrón general, se observa que las mujeres que residen en localidades urbanas tienen menos hijos que las mujeres que habitan en zonas rurales. Este contraste es variable, ya que puede ser a partir de sólo 1 hijo por mujer en Cuba y Chile hasta cerca de 4 hijos en Paraguay y Honduras.

Más específicamente sobre los países andinos, Rivera Araujo (1993) ahonda el estudio de la fecundidad a través del modelo de los determinantes próximos presentados por Bongaarts para explicar las diferencias de la fecundidad en Perú en 1986 y 1991. Este estudio muestra que la propensión evidente de la transición de la fecundidad se debe a una mayor difusión y uso de métodos anticonceptivos en diferentes marcos sociales y culturales tradicionales del país durante la segunda mitad de los años ochenta.

Ortiz Martínez (2003) estudia el descenso de la fecundidad en Perú, aplicando el modelo de Bongaarts con el propósito de demostrar la aportación de los determinantes próximos en las variaciones de la fecundidad, en la etapa inicial del declive de la fecundidad de las mujeres en edad reproductiva que residen en el área urbana (entre el periodo 1969-1978). Este trabajo

muestra el aumento del uso de los métodos anticonceptivos modernos en las áreas de estratos medios y altos.

Asimismo, el estudio cualitativo de Robin Cavagnoud (2019), sobre los estudios de población en Bolivia, Ecuador y Perú, analiza y compara varias investigaciones sobre los cambios demográficos recientes ocurridos en países andino-amazónicos durante 2019. Esta investigación evidencia que estos países están atravesando la transición de la fecundidad en la última década, y que las tasas globales de fecundidad experimentaron un descenso importante. Este trabajo explica la tendencia clara de las diferencias en la transición de la fecundidad, que se deben principalmente a la heterogeneidad de los asentamientos humanos en las áreas metropolitanas urbanas y, además están ligados a los procesos sociales y políticos que atraviesan los países andinos. Además, este estudio enfatiza que se debe procurar atención especial a las diferencias de los niveles de fecundidad de acuerdo con la zona geográfica, el nivel socioeconómico y la escolaridad; de modo que se debe indagar las cuestiones de salud sexual y acerca de la divulgación, la aceptación y la utilización de la anticoncepción moderna en los marcos culturales que determinan los sectores más rezagados de la transición demográfica en los países andinos.

Otro estudio sobre la aplicación del modelo de Bongaarts, según las desigualdades territoriales, es la investigación de Estrella Valenzuela (1999), el cual analiza las importantes peculiaridades de la fecundidad en la frontera norte de México, mediante la separando del comportamiento reproductivo de las mujeres migrantes y nativas que habitan en las localidades urbanas de México y considerando 4 espacios territoriales: las zonas metropolitanas, las entidades no fronterizas, la franja fronteriza del norte del país y las zonas no metropolitanas. Entre los resultados más sustanciales, el autor muestra que las mujeres migrantes y nativas que habitan en lugares no metropolitanos (de 100000 y más habitantes) se caracterizan por presentar tasas de fecundidad más bajas, mientras que las mujeres que residen en los demás ámbitos territoriales presentan valores más elevados en las tasas de fecundidad, lo cual se debe a la nupcialidad y a las migraciones diferenciales. Además, un elemento a destacar es que la prevalencia de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas que residen en localidades fronterizas se ubica en el orden más alto en comparación a las otras localidades. Cabe

mencionar, también, que las discrepancias de la fecundidad entre mujeres nativas y migrantes presentan una pauta de diferencias paulatinas a favor de las mujeres migrantes.

En primera instancia, cabe mencionar que en el caso ecuatoriano aún presenta una conglomeración demográfica en las áreas rurales que todavía no han padecido modificaciones socioeconómicas significativas. En 2019, el INEC (2020) estimó que el 42% de la población femenina residía áreas urbanas y, el 28%, en la rural. Esto da cuenta de una migración hacia las áreas urbanas, la cual se ha incrementado entre el periodo 1999 y 2006 (Cavagnoud, 2019).

Para Ecuador, los estudios académicos resultan ser poco numerosos acerca del efecto de la fecundidad según el área de residencia. Sin embargo, de acuerdo con los informes publicados por el INEC (2011) sobre los comportamientos de la fecundidad entre el periodo 1982 a 2001, considera la evolución de la fecundidad por zonas geográficas. De acuerdo con los datos censales de 1982 al 2001, tanto las mujeres urbanas y rurales conservan los patrones de disminución del número de hijos en todos los grupos etarios, excepto para las adolescentes (entre 15 a 19 años de edad). Además, el calendario de la fecundidad muestra un patrón de cúspide temprana que se aglomera en el grupo etario de 20 a 24 años de edad. Con relación al periodo 1982 y 2001, la propensión de declive de las mujeres que residen en las zonas rurales señala una mayor intensidad en comparación con las mujeres que residen en zonas urbanas. En términos generales, para las dos áreas de residencia, el descenso de la fecundidad por grupos etarios muestra un descenso generalizado. En este marco, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) (2004) muestran una comparación con los datos del censo del periodo 2001, que para las mujeres urbanas presentan un leve aumento de la fecundidad en casi todos los grupos de edad y también un equilibrio en el área rural.

Otro estudio que evidencia las discrepancias de la fecundidad según el área de residencia del país andino es el de Buizza y Villafuerte (2020), ambos analizan las diferencias en las tasas globales de fecundidad entre 2012 y 2018. Muestran que los resultados de 2018, con respecto a 2012, presentan un descenso generalizado de la fecundidad en grupos sociales: según el

área de residencia, la escolaridad, el estado civil y la autoidentificación étnica. Particularmente las reducciones más fuertes se han presentado en las poblaciones indígenas (la TGF cae de 3.9 en 2012 a 2.6 hijos por mujer en 2018) y en el área rural (la TGF cae de 3.2 en 2012 a 2.5 hijos por mujer en 2018). Estos resultados dan cómo cuenta de que la baja de la TGF no es el fruto de una disímil repartición de los estratos sociales entre los dos tipos de localidades, sino que se debe a los cambios reproductivos de las mujeres de los diferentes grupos etarios analizados.

En este sentido, existen variaciones en el área de residencia con respecto a la caída de la fecundidad. De acuerdo con las estadísticas presentadas por La ENSANUT (2012c), desde finales de la década de los ochenta, la TGF para las mujeres con educación superior o universitaria se encuentra entre 1.9 y 2.2 hijos por mujer. Una investigación sobre la participación laboral de las mujeres es la de Boada y Tipán (2020) ambos muestran la inserción de las mujeres jóvenes rurales en el mercado laboral ecuatoriano durante 2017; el estudio revela cifras altas de trabajo femenino en esta área de residencia, que tiende a ser vinculado al sector informal de la economía y, por lo general, este trabajo es considerado como labores agrícolas y de comercio. Evidentemente se presenta una considerable disparidad entre las categorías de educación, la intervención laboral de las mujeres y el área de residencia, dado que existe una relación inversa entre la fecundidad y la educación a medida en que, se incrementa la educación de la mujer decrecen sus indicadores de fecundidad.

En términos generales, el análisis de los modelos reproductivos según el área de residencia contribuye a descubrir ciertas de las particularidades elementales de la transición de la fecundidad en el Ecuador. De acuerdo con las investigaciones presentadas se descubre que aún subsisten discrepancias significativas en los niveles de fecundidad entre el área de residencia (urbano-rural), aunque ambas áreas de residencia han contribuido al declive de la fecundidad de Ecuador en las últimas décadas; sin embargo, con cronologías y con intensidades diferentes.

Por último, esta investigación presenta una propuesta de medición a través del modelo de Bongaarts, considerando algunas variables (nupcialidad, anticoncepción e infertilidad post

parto) que se relacionan con el nivel de fecundidad para estimar la contribución de la diferenciación de los determinantes próximos en la caída de la fecundidad, tanto por área de residencia como a nivel nacional. Esta aplicación puede ampliar el conocimiento sobre la fecundidad en Ecuador.

2.3 Transición demográfica y evolución de la fecundidad en Ecuador

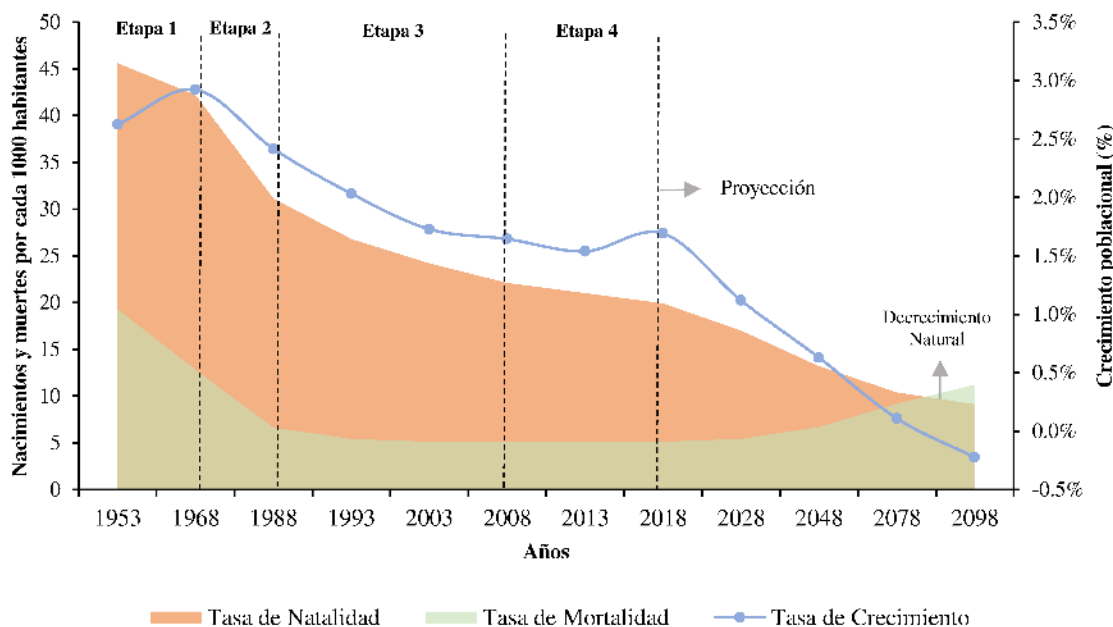
Ecuador se localiza sobre la línea ecuatorial terrestre, por lo que se encuentra en ambos hemisferios y es un país que pertenece al área sudamericana. Según los datos de las proyecciones poblacionales para 2020, elaboradas por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), el país tiene una extensión territorial de 283.561 km², una población de 17.64 millones, presenta una moderada densidad de población, aproximadamente de 68 habitantes por km² (INEC, 2012b). Este país es bañado por el océano Pacífico; su clima se halla fragmentado en diversos climas debido a la figura de la cordillera de los Andes y de acuerdo con la influencia del mar. El petróleo es el principal recurso económico: entre 2018 y 2020 presentó, en promedio, alrededor de 28% del total de los ingresos de la administración central (Gómez, 2021)

Según el INEC, Ecuador se caracteriza por presentar “indicadores demográficos aceptables dentro del contexto latinoamericano” (INEC, 2012c, p. 31), lo cual ha sido asociado a varios elementos, en específico, a los progresos de la educación. Cabe mencionar que la principal conglomeración de la población se localiza en la región costera de Ecuador, de manera que ocupa aproximadamente un 49% del total.

La población ecuatoriana, en donde la fecundidad y la mortalidad se manifiestan como los componentes más trascendentales, al igual que las demás poblaciones del mundo, está sujeta a evolucionar. En 1990, Delaunay, León y Portais (1990) publicaron un artículo sobre la Transición demográfica en la población ecuatoriana que fue la primera aproximación a la transición demográfica del país. En este trabajo, señalaron que Ecuador, en 1970 estaba empezando la transición demográfica con descensos de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; como resultado tuvo un crecimiento desmedido, los autores llaman a esto una transición tardía. Posteriormente, de acuerdo con los datos de la CEPAL (2004) acerca del estudio de la fecundidad en la región, se señala una categorización de los países

de Latinoamérica en cinco etapas⁷ de la transición demográfica correspondientes al periodo 1995-2000. Ecuador se encuentra en una etapa plena o en proceso de la transición demográfica de acuerdo con las tasas de natalidad y mortalidad (S. Schkolnik, 2004).

Gráfica 1. Transición demográfica ecuatoriana, 1950 - 2100



Fuente: Elaboración propia con información de CELADE, CEPAL, Naciones Unidas, *World Population Prospect* (2019) [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/>.

A través de las estimaciones y proyecciones demográficas oficiales de las Naciones Unidas (2019) se pueden proyectar las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento poblacional hasta el año 2100. Asimismo, históricamente, a partir de 1950, se logran distinguir cuatro etapas en la transición demográfica de Ecuador.

La gráfica I representa el esbozo clásico de la transición demográfica, que muestra las tasas de natalidad, de mortalidad y de crecimiento poblacional durante las fases mencionadas. En la primera etapa, de 1953-1968, Ecuador poseía tasas de natalidad y mortalidad elevadas,

⁷ De acuerdo con CELADE se presentan cinco fases de la transición demográfica en la región son las siguientes: muy avanzada, avanzada, plena o en progreso, moderada e incipiente. Además, para determinar estas etapas la autora se basó en el criterio de considerar los niveles de las tasas de natalidad y mortalidad de acuerdo con las estimaciones de población actuales de CELADE (Schkolnik, 2004).

alcanzando un 45.6 de nacimientos por cada mil habitantes y 19.3 muertes por cada mil habitantes. Se evidencia en promedio una elevación del crecimiento poblacional de 2.8% superior a la segunda etapa. En esta etapa, en el periodo 1968-1988, disminuyen las tres tasas a un nivel de 31.1 nacimientos por cada mil habitantes, 6.6 muertes por cada mil habitantes y un leve descenso en el ritmo de crecimiento poblacional de 2.4%. Posteriormente, en la tercera etapa, entre 1988 y 2008, la tasa de natalidad sigue disminuyendo aproximadamente en 9 puntos, o sea, llega a 22.1 nacimientos por cada mil habitantes, en cambio, la tasa de mortalidad a partir de este periodo se mantiene estable en el tiempo y la tasa de crecimiento poblacional presenta una marcada disminución promedio de 1.9%. Y finalmente, en la última etapa de las estimaciones poblacionales a partir de 2008 hasta 2018, se observa que sigue disminuyendo la tasa de natalidad, mientras que la tasa de mortalidad se sigue manteniendo estable y la tasa de crecimiento poblacional presenta un incremento de un punto porcentual.

Con respecto a las proyecciones poblacionales de CELADE, CEPAL y Naciones Unidas, donde tasa de natalidad en el año 2020 es de 19.9 nacidos vivos por cada mil habitantes de los 265.437 nacimientos registrados en ese año (INEC, 2019, 2021); además, la tasa de mortalidad se sigue manteniendo constante. Con respecto al crecimiento poblacional, a partir del periodo 2010-2015 se presenta un crecimiento de 2 puntos porcentuales; sin embargo, se observa que, en las estimaciones de las proyecciones poblacionales, a partir del periodo 2020, la tasa de crecimiento de la población de Ecuador empieza a disminuir en forma súbita llegando a aproximarse a 1%, asimismo tiende a bajar en los años siguientes hasta llegar a valores negativos (gráfica 1).

Cabe mencionar que estos cambios súbitos dependen de la calidad de los datos, así como de las mejoras tecnológicas en la salud y agricultura, los procesos de urbanización, la participación laboral y la participación de la mujer al mercado de trabajo, entre otros factores (Cassio y Bernardo, 2009). Asimismo, en el periodo 2070-2075 correspondiente a las estimaciones de las proyecciones demográficas, se observa que Ecuador llegaría a una etapa de crecimiento cero, en la que los niveles de natalidad se mantienen inferiores mientras que los niveles de la mortalidad crecen tenuemente y el crecimiento poblacional decrece rápidamente, lo que se debe al fenómeno del envejecimiento poblacional (Cassio y Bernardo, 2009; Rodríguez Vignoli, 1997). La Tasa Global de Fecundidad (TGF) evidencia una tendencia descendiente al

contrastar los valores desde 1950 al 2020 con una TGF de 6.8 hijos por mujer, a inicios del periodo de los 50, a una TGF de 2.4 hijos por mujer hasta finales del 2020 (INEC, 2020).

Claramente, estas estimaciones dan cuenta de que la población de Ecuador ha estado aumentando, no obstante, con una tasa de crecimiento natural que va decreciendo poco a poco y de acuerdo con las fases mencionadas anteriormente (Chesnais, 1992); Ecuador se ubica en plena transición demográfica, en la cual los niveles de natalidad inician un transcendental declive. De modo que la fecundidad se posiciona como, al igual que la mortalidad, el determinante primordial de la transición demográfica en Ecuador a partir de la década de los 70. Precedentemente ésta fue “indeterminada, lo que fue dificultoso para la elaboración de proyecciones poblacionales del país” (Ishida et al., 2011, p. 2).

La definición de la evolución de la fecundidad describe las evoluciones demográficas que han doblado la población ecuatoriana luego de la década de los 90. Otra cuestión la establece el resultado de otros componentes, así como la inserción de la mujer al sistema educativo y a la fuerza laboral, el desarrollo de la urbanización, la entrada al estado del bienestar, el reemplazo de la agricultura de manutención por la agricultura de mercado y aspectos biológicos asociados a la fecundidad junto con otras transformaciones sociales (Chávez y Medina, 2012; Ishida et al., 2011; Lanchimba y Medina, 2011).

2.4 Influencia de las políticas de población en el descenso de la fecundidad en Ecuador

John Caldwell (1982) afirmó que los programas de población y de planificación familiar organizados por el estado han desempeñado un rol importante en la baja de la fecundidad a lo largo de la transición demográfica del siglo XX. En el caso de Ecuador, las “Organizaciones no Gubernamentales y los movimientos feministas desempeñaron un rol decisivo en la ampliación del acceso de las mujeres de diferentes sectores sociales a los programas de salud sexual y reproductiva” (Cavagnoud, 2019, p. 9). Asimismo, Miró y Potter (1980) señalan el resultado de los programas de planificación familiar en los niveles de la fecundidad. En particular, estos programas han instituido el pedestal principal de las políticas antinatalistas para los países menos desarrollados. El problema de establecer el nivel en que estos programas

han apoyado a la baja de la fecundidad es uno de los acontecimientos más discutidos dentro de esta área de estudio.

Para el caso ecuatoriano, Agudelo Echeverri (2017) publica un estudio documental-histórico sobre las políticas estatales de planificación familiar entre 1965 y 1987. El autor menciona a tres actores de la sociedad civil pertenecientes a instituciones privadas como la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) y Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) que asumieron un papel predominante en los inicios de las discusiones sobre el control de la fecundidad del caso ecuatoriano. A continuación, se mencionan a los actores centrales que fueron las organizaciones de planificación familiar. El 31 de agosto de 1965, se creó la APROFE, esta institución fue uno de los principales actores que iniciaron con los temas poblacionales, los programas y los discursos de planificación familiar y la educación sexual en la agenda política del Estado ecuatoriano. Esta fundación ofrecía servicios sobre la difusión de los métodos anticonceptivos y ejerció un considerable dominio en las élites médicas y económicas del país (Agudelo, 2017).

En 1972 Ecuador participó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest, “la comisión oficial estuvo integrada por el ministro de Salud, Raúl Maldonado, cinco representantes más del gobierno ecuatoriano y el director ejecutivo de APROFE, Paolo Marangoni” (Agudelo, 2017, p. 43). Dicha comisión definió su posición oficial frente a los avances en temas de población; el decreto sobre la planificación familiar y la dinámica de la población en los procedimientos de desarrollo del país presentaron avances en las zonas de planificación con la preparación de censos y estudios que ampliarían el discernimiento de los determinantes demográficos. También, dicho decreto puntualizaba la creación del primer Consejo Nacional de Población, una institución anexa a la Presidencia delegada al estudio de la población del país y de la producción de políticas poblacionales. Precisamente, su objetivo principal era optimizar los niveles de vida y el respeto a la dignidad de la población ecuatoriana (Agudelo, 2017).

Posteriormente, en 1974, se constituyó el CEMOPLAF⁸. El objetivo de esta entidad era la difusión de métodos anticonceptivos de “mujer a mujer” con un enfoque de paternidad responsable. Otro propósito central del plan en relación con la salud era garantizar la disminución de los índices de mortalidad y, por ende, favorecer el incremento del tamaño de la población. Este aspecto no se tenía en cuenta específicamente a lo largo de la ejecución de los programas de planificación familiar, ya que no se contemplaba la salud materno-infantil tal como se expuso en Bucarest en 1974. En el periodo 1978-1982 se fueron constituyendo otras entidades que también laboraron en las cuestiones de planificación familiar. Entre las más significativas se encontraba el CEPAR⁹ y una sede del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En 1979 se ejecutó la primera Encuesta Nacional de Fecundidad, patrocinada por el “Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), con el soporte internacional del Programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS), el Instituto Internacional de Estadística (ISI) y UNFPA” (Agudelo, 2017, p. 70). La investigación trabajó con una muestra representativa de 7 000 mujeres en edad fértil (15 a 45 años). El objetivo primordial fue conseguir indagación sobre los elementos del incremento de la población, principalmente la fecundidad, para la elaboración de una política (Herrera de Rivadeneira, 1984). Además, esta investigación descubrió un “fenómeno de rápida difusión de la cultura anticonceptiva, aproximadamente más del 90% de las mujeres que eran consideradas casadas testificaron conocer de algún método anticonceptivo” (Agudelo, 2017, p. 76).

También, la encuesta estimó el uso de los métodos y el número de hijos según grupos etarios. Estas variables permitieron concluir que la disponibilidad de la anticoncepción beneficiaba el espaciamiento entre un embarazo y otro, pero no los evitaba, y también demostraron que el Ecuador está presentando bajas tasas de fecundidad (Agudelo, 2017). Esta creación de

⁸ Cabe mencionar que esta entidad ya trabajaba, específicamente desde 1968, pero como un programa dependiente de la Sociedad de Médicas del Ecuador.

⁹ Cabe mencionar que esta entidad cambió de nombre en tres ocasiones, pero perennemente conservó sus siglas. “En 1978 inició como Centro de Promoción de la Paternidad Responsable, en 1982 pasó a llamarse Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable y, en 1999, cambió a Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Esto sucedió con el objetivo de ampliar su accionar, acorde con la rápida transformación de los temas de población y planificación familiar” (Agudelo, 2017, p. 4).

conocimientos evidenció la necesidad de identificar los impactos en la fecundidad en cláusulas políticas y de acción del Estado, labor que la entidad de CEPAR se planteó estudiar.

El CEPAR colmó un vacío en los programas de planificación familiar. Sin embargo, las otras entidades, APROFE y CEMOPLAF, se enfocaban en las dificultades que inquietaban a las mujeres y en brindar alternativas; a partir del CEPAR, se contribuyó con información peculiar. También, los miembros de esta entidad emprendieron la labor de concienciar a los tomadores de decisiones acerca de las incidencias de una población con un rápido incremento. Sus demostraciones contribuyeron a la explicación de la baja de la fecundidad ecuatoriana, además difundieron la “cultura demográfica” en el país y la exigencia de trabajar para conseguirlo. A través de la financiación internacional, esta entidad pudo conservar una permanente expansión de sus investigaciones y labores.

La Iglesia Católica ecuatoriana también conservó específico cuidado en las cuestiones relacionadas con la familia y la procreación. Con respecto a su prédica del tabú de la anticoncepción moderna, se cristalizó en el principal antagonista del trabajo que dispensaban los otros actores mencionados: “este discurso procuró conservar la idea de la sexualidad de las mujeres como procreativa y alejada del placer” (Agudelo, 2017, p. 76).

En un contexto de cambios políticos e ideológicos, los actores de la sociedad civil, particularmente las instituciones privadas y el Estado ecuatoriano, ejercieron un papel definitivo en la accesibilidad de las mujeres de disímiles grupos sociales a los programas de salud sexual y reproductiva (Cavagnoud, 2019). Para el caso de Ecuador se ha mostrado que los programas de salud del Estado ecuatoriano han tenido efecto sobre la disminución de la fecundidad. En este escenario, la Iglesia Católica también es un actor clave en las tareas de planificación familiar y claramente expone su oposición a los métodos anticonceptivos modernos y al aborto. Cabe señalar que en Ecuador la práctica del aborto ha sido un tema sumamente controversial a los ojos de la religión. Por ejemplo, desde el Vaticano, la máxima autoridad de la religión católica sostiene que “los seres humanos no deben intervenir en el proceso reproductivo, sino que ellos deben atenerse a la voluntad divina de Dios” (Lamas, 2014, p. 3). Sin embargo, recientemente, el 28 de abril de 2021, la Corte Constitucional de Ecuador decidió despenalizar el aborto sólo en caso de violación (Corte Constitucional de Ecuador, 2021);

esto es un dictamen histórico que se origina en refutación a las instancias de inconstitucionalidad trazadas por gremios de mujeres en 2020. No obstante, la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica ecuatoriana siempre declaró su posición en contra de esta despenalización.

Según la CEPAL (2004), es indudable que todos los países de América Latina presentan todavía una vasta capacidad para el declive de la fecundidad en todas las clases de la sociedad; aunque siguen persistiendo discrepancias en los valores entre los distintos países de América Latina y a través de las categorías de cada familia. Todo resulta revelar, no obstante, que la caída es irrevocable y definitiva (S. Schkolnik, 2004).

En la población ecuatoriana, a finales de las décadas de los sesenta el país pertenecía al conjunto de países con alta natalidad, específicamente una Tasa Global de Fecundidad de 6.7 hijos por mujer en edad fértil. No obstante, Buizza y Villafuerte (2020), en su investigación más reciente, muestran que la fecundidad en Ecuador se ha distinguido por un continuo decrecimiento a inicios de la década de los setenta. En base a la información nacional, el desplome ha alcanzado a cantidades cercanas al nivel de reemplazo demográfico, causando inseguridades cabalmente nuevas para el país. Además, los datos suministrados por la ENSA-NUT 2018 y el modelo de Bongaarts revelan el importante decrecimiento en la última década de la disparidad entre las clases de la sociedad ecuatoriana; sin embargo, se evidencia la figura de estratos que consiguen limitar de modo eficiente su nivel de fecundidad y estratos que perciben aún problemas en estas cuestiones. A pesar de los avances, los estratos con las mayores dificultades son los equivalentes del pasado, principalmente las “minorías étnicas, como: indígenas, montubias y afroecuatorianas, las zonas rurales principalmente de la Amazonia, las viviendas pobres y las mujeres que desertan del sistema educativo o se casan en edad prematura” (Buizza y Villafuerte, 2020, p. 33).

Con respecto a los determinantes próximos, según la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) (2008), para 2004 en el Ecuador, la anticoncepción ocupa un puesto preponderante en el declive de la fecundidad. A través de la inserción en el sistema escolar de las mujeres y el progreso de la urbanización han proporcionado la entrada de las mujeres ecuatorianas a experiencias anticonceptivas eficaces que solicitan una comprensión apropiada de los métodos. “Actualmente, cerca del 60% de las mujeres casadas o unidas

utilizan métodos modernos de anticoncepción y el porcentaje de no uso ha disminuido del 66.4% al 27.3%, entre los años 1979 y 2004” (SENPLADES, 2008, p. 8).

Como se señala en algunos documentos de la CEPAL y CELADE (2002), el declive de la fecundidad en América Latina está agrupado a los contrastes socioeconómicos y culturales entre los grupos sociales. “Aunque su descenso tuvo lugar, en sus inicios, entre las mujeres urbanas, más educadas y de mayores ingresos, en la actualidad también se puede ver este fenómeno entre las mujeres rurales, de bajos ingresos y pocos años de estudio” (CEPAL y CELADE, 2002, p. 16). Susana Schkolnik (2004), al presentar una investigación sobre la fecundidad en América Latina, seleccionó algunos países de Latinoamérica, entre ellos Ecuador. Además, utilizó las fuentes de información de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS-DHS) para los periodos de 1950 y 1990 y para el periodo más próximo al 2000. Se observa que, según las tasas globales de fecundidad para el periodo 1950-2000, hay una bajada de la fecundidad, a un ritmo pequeño en comparación al período preliminar, sin embargo, sigue siendo constante para los países, como: Ecuador, México y Perú que conservan una velocidad más precipitada (Schkolnik, 2004).

En el caso del estudio del panorama de la fecundidad es importante estudiar el comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas, pues permite estimar los efectos que la fecundidad tiene sobre una población de estudio. Además, dados los efectos de la transición demográfica, se espera que la población presente y futura siga experimentado rápidas disminuciones en la fecundidad y la población se aproximará a su tasa de reemplazo, en otras palabras, a la cantidad en que una generación es reemplazada por su TGF de 2.1 hijos por mujer (Schkolnik, 2004; SENPLADES, 2008). Este fenómeno podría estar motivado por cambios sociales y demográficos si, por ejemplo, las mujeres tienen niveles de escolaridad más altos (Ishida et al., 2011; Lanchimba y Medina, 2011).

El estudio de la transición demográfica indica que Ecuador se encuentra en la fase de plena transición demográfica en el tiempo actual. Asimismo, se presenta, en promedio, una reducción considerable de las tasas de natalidad y de mortalidad; sin embargo, todavía existen grupos sociales con altos patrones de fecundidad. Destacan las diferencias por área de resi-

dencia debido al cambio de valores y conductas de las mujeres, como el uso de la anticoncepción, aplazamiento de la edad del matrimonio, planificación familiar, mejoras del sistema de salud, los procesos de urbanización, la participación laboral y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. En este sentido, se mostró evidencia empírica de países andinos y de Ecuador que respaldan este comportamiento.

3. METODOLOGÍA

Este capítulo presenta la metodología de esta investigación. En primera instancia, En la primera sección, se dedica a la presentación de los objetivos, preguntas e hipótesis de la investigación. En segunda instancia, de forma general, se muestra una evaluación y descripción resumida de las diferentes fuentes de información que se manejan para la estimación de la fecundidad y luego se describe la fuente de información ideal que se usará en la presente investigación, así como sus características. Posteriormente, se explican brevemente los métodos de análisis más importantes para la estimación de este fenómeno, asimismo se presentan detalladamente los métodos que se emplearan para responder a los objetivos del estudio y comparar las hipótesis esbozadas. Así, primero, se presentan las consideraciones metodológicas acerca del calendario y la intensidad de la fecundidad y, segundo, el modelo revisado de Bongaarts. Y finalmente, se presenta la metodología cualitativa que se empleará para ampliar este estudio.

3.1 Formalización de la investigación

3.1.1 *Objetivos*

Objetivo general

El objetivo de esta investigación es analizar los cambios de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil (15 a 49 años) a nivel nacional y por área de residencia entre los años 2012 y 2018.

Objetivos específicos

- Analizar la evolución de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil a partir de diferentes encuestas demográficas, de fecundidad y estimaciones-proyecciones poblacionales de Naciones Unidas.
- Estimar y analizar -con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (EN-SANUT, 2012 y 2018)- el calendario y la intensidad para conocer los cambios de los

comportamientos reproductivos de las mujeres ecuatorianas a nivel nacional; y según el área de residencia.

- Identificar la influencia que ha tenido cada determinante próximo en los cambios de la fecundidad entre 2012 y 2018 a nivel nacional, y según el área de residencia utilizando como herramienta el modelo de Bongaarts (1978, 1982).
- Describir las percepciones y evolución de las dimensiones de nupcialidad y anticoncepción de la fecundidad de un grupo de mujeres entre 20 a 30 años, en edad fértil, y que se encuentran cursando el cuarto semestre de la carrera de Estadística de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central (UCE) de la ciudad capitalina de Quito.

3.1.2 Preguntas de investigación

La pregunta central de esta investigación es conocer cuáles son los cambios de la fecundidad de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil (15 a 49 años) a nivel nacional y por área de residencia en los años 2012 y 2018. Para ello se efectúa la presente investigación en función de las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuál es la evolución de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil obtenida a partir de diferentes encuestas demográficas de fecundidad y estimaciones-proyecciones poblacionales de Naciones Unidas?
- ¿Cuáles son las diferencias del calendario y la intensidad de la fecundidad según el área de residencia entre los años 2012 y 2018 con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)?
- ¿Qué papel han jugado los determinantes próximos en la evolución de la fecundidad de las mujeres ecuatorianas en edad fértil (15 a 49 años) según el área de residencia entre los años 2012 y 2018?
- ¿Cuáles son las percepciones y evoluciones de las dimensiones de nupcialidad y anticoncepción de la fecundidad de un grupo de mujeres entre 20 a 30 años, en edad fértil, y que se encuentran cursando el cuarto semestre de la carrera de Estadística de

la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central (UCE) de la ciudad capitalina de Quito?

3.1.3 *Hipótesis*

Hipótesis general

Se presume un fuerte descenso de la fecundidad en Ecuador a nivel nacional para 2012 y 2018, hasta llegar a una tasa de fecundidad cercana a la de reemplazo, pero existe una variación entre el área urbana y rural; en el caso de las poblaciones urbanas el descenso será más significativo que en las zonas rurales.

Hipótesis específicas

Con base en los objetivos y la revisión de la literatura sobre la situación del caso ecuatoriano se plantea comparar a lo largo de la presente investigación las posteriores hipótesis:

- La evolución de la fecundidad en Ecuador tendrá una constante tendencia decreciente en el siglo XXI, a partir de los datos de las encuestas, de diferentes fuentes de información y de las estimaciones-proyecciones poblacionales.
- En congruencia con las siguientes hipótesis, se esperaría que presenten discrepancias significativas en el calendario y la intensidad de la fecundidad tanto a nivel nacional, urbano y rural para 2012 y 2018; de forma general para el caso de las mujeres que viven en el área urbana, el calendario de la fecundidad será más tardío. Sin embargo, la intensidad de la fecundidad de las mujeres urbanas será más baja que la de las mujeres rurales, debido a que estas mujeres presentan cambios en los comportamientos reproductivos que están afectando negativamente a la fecundidad para los dos años de estudio. Estas hipótesis se confirmarán más adelante, al comparar los cambios de la fecundidad entre áreas.
- Respecto a los determinantes próximos, varían según el área de residencia, rural o urbana. En primera instancia, la nupcialidad y la anticoncepción son los determinantes próximos más importantes en el declive de la fecundidad ob-

servada, es decir la Tasa Global de Fecundidad, en los años 2012 y 2018. Con respecto al área de residencia, se esperaría que presenten el mayor efecto inhibitor en la fecundidad en las mujeres urbanas; mientras que la infecundidad posparto es el determinante próximo menos significativo en el descenso de la fecundidad para las dos áreas geográficas de estudio, en los años 2012 y 2018, y es el determinante con el mínimo efecto inhibitor en la fecundidad en el área urbana.

- Sobre las percepciones y evoluciones de los determinantes próximos de la nupcialidad y anticoncepción de las mujeres entrevistadas, se espera que la mayoría de las mujeres jóvenes manifestarán sus historias en un escenario negativo, como una muestra de los obstáculos al ejercicio de sus derechos reproductivos, lo que quiere decir que, progresivamente, presentan imposiciones culturales y sociales sobre sus decisiones de fecundidad.

3.2 Fuente de información

En términos generales, los datos para la medición de la fecundidad provienen de tres fuentes de información. A continuación, se presentan dichas fuentes de información con sus respectivas debilidades y fortalezas:

- a) Los registros vitales: diseñados para registrar todos los nacimientos, pero por lo general, el registro de nacimientos en los países emergentes es incompleto. A continuación se dan algunas razones: los padres/madres suelen carecer de incentivos para registrar los nacimientos; los bebés que mueren poco después de nacer no son registrados ni como nacimientos ni como defunciones; y el registro tardío de los nacimientos (por ejemplo, cuando el niño alcanza la edad escolar) puede suponer un retraso de varios años antes de que se registren los nacimientos de todos los sobrevivientes de la cohorte nacida en un año determinado (CELADE, 1974; INEC, 2021; Moultrie et al., 2013; Naciones Unidas, 1986).
- b) Los censos: la recopilación de las respuestas a las preguntas sobre fecundidad. Estas preguntas suelen hacerse a todas las mujeres en edad fértil (a partir de los 12 años, o 15 años y más, a menudo con un límite de edad superior de 49 años). Debido a la complejidad del ejercicio censal, no es posible hacer preguntas minuciosas sobre la

fecundidad y además las contestan algún miembro del hogar que responde al censo, y no las mujeres mismas. En la práctica, las preguntas del censo buscan información breve sobre la fecundidad a lo largo de la vida, por ejemplo, el número de hijos nacidos y todavía vivos, y la fecundidad en un período de tiempo reducidamente determinado antes del ejercicio censal. A partir de esta última pregunta, los demógrafos tratan de estimar las tasas de fecundidad actuales. Debido al carácter abreviado de las preguntas, las posibilidades de validación interna y comprobación de las respuestas dadas son restringidas (CELADE, 1974; Moultrie et al., 2013; Naciones Unidas, 1986).

- c) Las encuestas suelen recoger un historial de preguntas resumidas sobre los nacimientos de las madres. En la mayoría de estos historiales se pregunta a las mujeres por la fecha de nacimiento de cada hijo(a), su estado vital (si sigue vivo o no) y, en caso de fallecimiento, la fecha de la defunción. Los datos obtenidos se pueden utilizar para ejecutar estimaciones detalladas sobre la fecundidad. No obstante, el esfuerzo realizado en la recopilación de datos tan detallados suele limitar el tamaño de la muestra de las investigaciones. En estos casos, la variabilidad de las tasas estimadas y la dificultad de investigar contrastes espaciales o de otro tipo en la fecundidad pueden ser una debilidad inherente a este enfoque (CELADE, 1974; Moultrie et al., 2013).

Para la presente investigación se utilizará la fuente de información de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 y 2018 para responder a las preguntas antes establecidas y a los objetivos planteados.

En Ecuador, las ENSANUT son las encuesta más recientes con temas de fecundidad y se establecen como una fuente de información primordial que admite estudiar diferentes temas afines con la salud, ya que su objetivo es recopilar información sobre “la fecundidad, la mortalidad, la salud sexual, reproductiva, materna e infantil, desarrollo infantil, enfermedades crónicas no trasmisibles, estado nutricional y consumo alimenticio, además de datos sobre acceso a los servicios de salud y gasto en salud de la población ecuatoriana” (INEC, 2012a, p. 12, 2018, p. 8). Por otro lado, la evaluación de la calidad de los datos de la encuesta son los siguientes: “la tasa de no respuesta y de rechazo a los entrevistadores y al cuestionario es apenas el 1.19% y el nivel de cobertura nacional alcanzado sobre la muestra seleccionada

corresponde a 92.4%” (INEC, 2018, 2022, p. 5); estos indicadores dan cuenta de que la encuesta presenta una buena calidad de los datos resultantes de la operación estadística.

En esta investigación se utilizan los datos de la ENSANUT levantadas respectivamente en el año 2012 y 2018 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC). Estas bases de datos se emplearán para estimar el calendario y la intensidad de la fecundidad, así como las diferencias rurales y urbanas y también los índices de los determinantes próximos del año 2012 con el objetivo de comparar con los del año 2018, como fuente de datos más reciente.

Se realizó por primera vez la ENSANUT en el año 2012. Durante el 2018 y los primeros meses del 2019 se realizó el segundo levantamiento considerando cerca de 43.311 viviendas. En la encuesta de 2012, la información fue levantada para cerca de 20.000 viviendas (INEC, 2018; INEC y MSP, 2014). La población encuestada en la ENSANUT 2012 es de 18.213 Mujeres en Edad Fértil (MEF) y la población de la ENSANUT 2018 es de 48.700 MEF entre “10 a 49 años, menores de 5 años, hombres de 12 años y más de edad y niños de 5 a 17 años” (INEC, 2012a, p. 10, 2018, p. 11) (tabla 2).

Tabla 2. Ficha técnica de las ENSANUT 2012 y 2018

Tamaño de la muestra					
	Diseño muestral	Viviendas	MEF*	Período de levantamiento	TGF
ENSANUT 2012	Probabilístico, estratificado, trietápico y por conglomerados	19.969	18.213 ¹	Julio a diciembre 2012	2.99
ENSANUT 2018	Muestreo probabilístico bietápico estratificado	43.311	48.700 ²	Noviembre de 2018 a julio 2019	2.19

Fuente: Elaboración propia con información de las ENSANUT 2012 y ENSANUT 2018.

*Mujeres en edad fértil

1 De 12 a 49 años

2 De 10 a 49 años

El diseño muestral de la encuesta es probabilístico, estratificado, trietápico y por conglomerados, ya que permite extrapolar los datos a nivel nacional, subregional y por zona rural y urbana (INEC, 2018; INEC y MSP, 2014).

La población objetivo de la ENSANUT son todos los miembros del hogar a nivel nacional; particularmente para el estudio de esta población, la ENSANUT 2012 se clasificará en función de doce diferentes formularios que se manejaron para el levantamiento de la información:

Formulario uno: información general de la vivienda y el hogar; formulario dos: mujeres en edad fértil de 12 a 49 años; formulario tres: lactancia materna - menores de 3 años; formulario cuatro: salud en la niñez - menores de 5 años; formulario cinco: factores de riesgo - niños de 5 a menores de 10 años; formulario seis: factores de riesgo – adolescentes; formulario siete: factores de riesgo - hombres y mujeres de 10 a menos de 60 años; formulario ocho: actividad física en el área urbana - personas de 18 a menos de 60 años; formulario nueve: salud reproductiva en los hombres de 12 a 49 años; formulario diez: datos de antropometría, formulario once: información sobre alimentación y formulario doce: datos referenciales de bioquímica y flebotomía (INEC, 2012a, p. 4).

Mientras que la ENSANUT 2018 cuenta con 5 formularios:

Formulario uno: hogar; formulario dos: mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad; formulario tres: Salud sexual y reproductiva; hombres de 12 años y más; formulario cuatro: Factores de riesgo, niños y niñas de 5 a menores de 18 años de edad; formulario cinco: Desarrollo Infantil para niños y niñas menores de 5 años a nivel nacional (INEC, 2018, p. 18).

Tabla 3. Mujeres en Edad Fértil (MEF) por área de residencia, 2012 y 2018

	Área de residencia	Freq.	Percent
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre 15 a 49 años 2012	Urbano	10.732	0.61
	Rural	6.929	0.39
	Total	17.661	100
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre 15 a 49 años 2018	Urbano	25.848	0.63
	Rural	15.265	0.37
	Total	41.113	100

Fuente: Elaboración propia con información de las ENSANUT 2012 y ENSANUT 2018.

Para el caso del actual estudio se tomará como unidad de análisis a las Mujeres en Edad Fértil (MEF), según el área de residencia, específicamente entre 15 a 49 años de edad, que participaron en las dos ENSANUT en los años 2012 y 2018 (tabla 3). Para 2012, las MEF urbanas de 15 a 49 años representan aproximadamente más del 60%, mientras que, para el caso de las mujeres rurales, la proporción es alrededor 40%, como se puede observar en la tabla 3; estas proporciones presentan una diferencia de 2 puntos porcentuales en 2018.

3.3 Metodología cuantitativa

En esta sección se muestra una corta representación de las herramientas necesarias para el análisis de la fecundidad en Ecuador. En primer lugar, se detalla la estimación del método historia de nacimientos. Posteriormente, se explica el procedimiento para el cálculo del calendario y la intensidad de la fecundidad. Finalmente, se describe la construcción del modelo de Bongaarts, pues esta herramienta demográfica es la que permite el cálculo de los determinantes próximos. Los cálculos de este trabajo se realizan en el software estadístico R Studio.

En primera instancia se define el método para estimar la fecundidad, que está estrechamente distribuido según el tipo de datos disponibles. A continuación, se presentan los diferentes métodos de estimación de la fecundidad, respectivamente, y su aplicabilidad para la presente investigación.

Para la estimación directa existen tres enfoques para medir la fecundidad directamente, en función de los datos disponibles: el primer enfoque utiliza los datos de un sistema de registros vitales, el segundo enfoque utiliza las medidas de fecundidad breves que se recogen regularmente en los censos para estimar la fecundidad reciente y el último enfoque utiliza los datos completos de las historias de nacimientos recogidos en una encuesta y los diversos controles de validación que pueden incorporarse al instrumento de la encuesta. Se obtiene información minuciosa sobre el nacimiento de cada niño(a), así como la edad de la madre. De este modo, se puede determinar con exactitud la edad de la madre en el instante del nacimiento de cada niño y asignar los nacimientos y la exposición al riesgo a determinados años u otros períodos de tiempo (CELADE, 1974; Moultrie et al., 2013; Naciones Unidas, 1986). Este enfoque es el que se usa en la presente investigación; también se describe con más detalle en la sección

sobre los aspectos metodológicos del calendario y la intensidad de la fecundidad a partir de los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

3.3.1 Aspectos metodológicos del calendario y la intensidad de la fecundidad

Para el cálculo del calendario y la intensidad de la fecundidad se utilizan las tasas de fecundidad, los cuales se explicarán a detalle a continuación

En ausencia de mortalidad y migración, el número de mujeres de una generación que inician su reproducción biológica permanece invariable entre las edades límite de la reproducción α y β (Ordorica–Mellado, 2009; Partida, 2004). Se denota por $N(\alpha)$ a esa cantidad de mujeres y, por el supuesto de ausencia de mortalidad y migración, es claro que $N(x) = N(\alpha)$ para $\alpha \leq x \leq \beta$. En el intervalo semiabierto de edades exactas $[x, x + n)$, con $\alpha \leq x < x + n \leq \beta$, los nacimientos procreados por ese contingente femenino son ${}_nB_x$. Esta medida se conoce como la descendencia de las mujeres a finales de su vida fértil, es decir el número de hijos por mujer que tuvieron en x edades fértiles, medida que recibe el nombre de *descendencia final*:

$$DF = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} {}_nB_x}{N(\alpha)} \quad (1)$$

Todas y cada una de esas mujeres vivió n años en el intervalo $[x, x + n)$, con lo cual los años-persona vividos en conjunto son $n N(x)$ y la tasa de fecundidad es:

$${}_nF_x = \frac{{}_nB_x}{nN(x)} = \frac{{}_nB_x}{nN(\alpha)} = \frac{{}_nB_x/n}{N(\alpha)} \quad (2)$$

De nuevo se tiene un promedio anual per cápita. Si se despeja los nacimientos en (2) y se reemplaza en (1):

$$DF = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} nN(\alpha) \frac{{}_nB_x/n}{N(\alpha)}}{N(\alpha)} = \sum_{x=\alpha}^{\beta-n} n_nF_x \quad (3)$$

Se obtiene el mismo resultado que la división de la descendencia total entre el efectivo de mujeres en edad fértil. La última igualdad en (1) sólo depende de las tasas específicas por edad y se puede usar para la cohorte ficticia o sintética para las tasas de momento. En el caso de la fecundidad en modo transversal se le conoce como *Tasa Global de Fecundidad*.

$$TGF(t, t + h) = \sum_{x=\alpha}^{\beta-n} n_n F_x(t, t + h) \quad (4)$$

Cabe mencionar que para el cálculo de esta tasa se tomarán en cuenta las edades entre 15 a 49 años. Sin embargo, si se omite la reproducción de 12 - 14 y 50 - 54 años se obtiene prácticamente el mismo valor que al tomar el rango completo de 12 a 54 años. La diferencia es mínima porque la fecundidad en los extremos del intervalo etario reproductivo es apenas significativa y ya no interviene la estructura por edad.

Otra medida de interés es la edad media a la cual las mujeres tienen a sus hijos:

$$\mu_B = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} (x + n/2) n B_x}{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} n B_x} \quad (5)$$

Si se divide el numerador y el denominador por $nN(\alpha)$:

$$\begin{aligned} \mu_B &= \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} (x + n/2) \frac{n B_x}{nN(\alpha)}}{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} \frac{n B_x}{nN(\alpha)}} = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} (x + n/2) n F_x}{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} n F_x} = \sum_{x=\alpha}^{\beta-n} (x + n/2) n g_x \quad (6) \\ &= \mu_F \end{aligned}$$

es decir, la edad media de las tasas de fecundidad y se caracteriza por evidenciar la estructura por edad o calendario de las tasas de fecundidad.

$$n g_x = \frac{n F_x}{\sum_{x=\alpha}^{\beta-n} n F_x} \quad (7)$$

Asimismo, se puede calcular la varianza y la desviación estándar como:

$$\sigma_B^2 = \sum_{x=\alpha}^{\beta-n} \left(x + \frac{n}{2} \right)^2 n g_x - (\mu_B)^2 \quad \text{y} \quad \sigma_B = \sqrt{\sigma_B^2} \quad (8)$$

Si bien en una cohorte real la edad media al nacimiento de los hijos es igual a la edad media de las tasas de fecundidad, en la cohorte ficticia que sirve para calcular la TGF no necesariamente lo son, ya que carece de sentido dividir numerador y denominador en (7) por la misma constante en todas las edades, pues eso implicaría que el monto de las mujeres debiera ser el mismo en todos los grupos, por ejemplo, en un censo de población, en que se divide el intervalo fértil. Pudiera darse el caso de alguna sociedad donde esto último ocurriera; sin embargo, tal caso sólo se puede presumir que tiene lugar bajo ciertas condiciones demográficas específicas que dan pie a la población estacionaria (Ordorica–Mellado, 2009).

El calendario es la edad que en promedio tiene la persona a partir de una edad de observación para que sea alcanzada por el evento, donde:

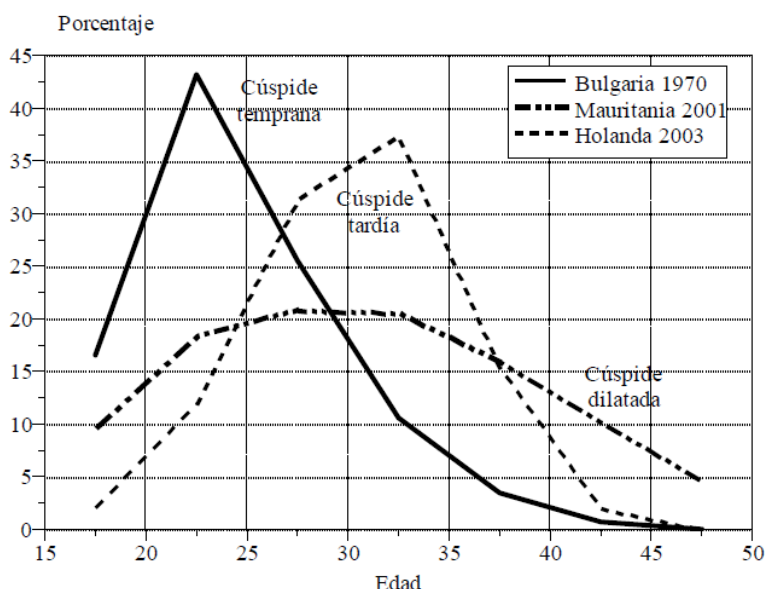
$$\bar{e} = \frac{\sum_{i=\alpha}^{\beta} e_i}{N} \quad (9)$$

e_i , son los eventos de personas de edad cumplida i (entre las edades exactas i e $i + 1$).

Los patrones por edad de las tasas de fecundidad o *calendario* se muestran en la gráfica 2; el patrón unimodal de las tasas de fecundidad por edad es característico de la especie humana. La superficie debajo de la curva equivale a la tasa global de fecundidad. En el calendario, en el panel superior, se advierte un descenso más marcado, mientras que, en el panel inferior, se advierte un patrón más extenso o dilatado. Ese tipo de pauta se conoce como patrón de cúspide dilatada; mientras que a los patrones más concentrados en edades jóvenes se les denomina de cúspide temprana¹⁰.

¹⁰ Cuando la moda se ubica después de 30 años de edad se llama de cúspide tardía.

Gráfica 2. Patrones típicos del calendario de la fecundidad



Fuente: Partida, V. (2018). *Notas para el Curso de Análisis Demográfico*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede México.

Si se consideran exclusivamente a las hijas (niñas por mujer), a la descendencia final o a la tasa global de fecundidad se les conoce como tasa bruta de reproducción:

$$TBR = n \sum_{x=\alpha}^{\beta-n} {}_nF_x^f \quad (10)$$

Donde el término “bruta” se debe a que se omite el riesgo de fallecer y el sobre-índice f en la tasa indica que se refiere exclusivamente a nacimientos del sexo femenino (promedio de hijas por mujer). Generalmente la proporción de nacimientos femeninos es constante a través de la edad de las madres y del tiempo. Si se denota por k la proporción de nacimientos que son femeninos, o proporción de feminidad al nacimiento, y se supone que no varía por edad de la madre o a través del tiempo, es claro que:

$${}_nF_x^f = k {}_nF_x \text{ y } TBR = kDF = kTGF \quad (11)$$

Cabe mencionar que el término *reproducción* se debe al razonamiento siguiente. Si se considera la Tasa Bruta de Reproducción (TBR) de una generación de n hijas (Partida, 2018), por

ejemplo: 1.64 hijas. Si se multiplica por cien, se tiene que cien mujeres de esa cohorte quinquenal dejarán 164 hijas, potenciales reproductores, a lo largo de su vida. Si esas hijas se reproducen al mismo ritmo, las nietas serán $164 \times 164 = 26,896$, es decir más de 300 por cada abuela. Se puede concluir que:

- a) Si el valor es mayor a uno, una mujer está dejando, en promedio, más de una potencial reproductora en el futuro, con lo cual habrá crecimiento demográfico y quedará garantizada la restitución de la población;
- b) Si el valor es menor a uno la conclusión es opuesta: decrecimiento poblacional y no se restituye la población;
- c) Si es igual a uno no habrá acrecentamiento de madres y la restitución será exacta.

Otra estimación que se abordara en la presente investigación es la *intensidad*, representa a cuántas personas les va a ocurrir el evento.

Por ejemplo: se estima la nupcialidad, teóricamente se estima el estado puro del fenómeno, sin perturbación de otros fenómenos como la mortalidad y la migración.

$$e_i = m_i = m(i, i + 1) = C_i - C_{i+1} \quad (12)$$

\downarrow
Matrimonios

\downarrow
Célibes

Posteriormente, se reemplazan las edades de los matrimonios a continuación:

$$\bar{e}^N = \frac{\sum_{i=15}^{49} m(i, i + 1)}{C_{15}} = \frac{m(15,16) + m(16,17) + \dots + m(49,50)}{C_{15}} \quad (13)$$

Hipótesis: $C_{50} \neq 0$; hay Célibes definitivos. Teniendo en cuenta que la nupcialidad se considera como un evento renovable, solo se toman en cuenta las primeras nupcias.

$$\begin{aligned}
\bar{e} &= \frac{(C_{15} - C_{16}) + (C_{16} - C_{17}) + \dots + (C_{49} - C_{50})}{C_{15}} \\
&= \frac{(C_{15} - \cancel{C_{16}}) + (\cancel{C_{16}} - \cancel{C_{17}}) + \dots + (\cancel{C_{49}} - C_{50})}{C_{15}} \\
&= \frac{C_{15} - C_{50}}{C_{15}} \\
&= 1 - \frac{C_{50}}{C_{15}}
\end{aligned}$$

Por último, se obtiene la proporción de célibes definitivos. Se puede concluir que: si el valor es cercano a uno, se conoce como una intensidad fuerte, por el contrario, si el valor es menor a uno, es un patrón de intensidad más o menos fuerte. Por tanto, la intensidad calcula en qué proporción se ocasiona un suceso (la primera unión) en el curso del ciclo de vida de una generación. Se calcula como un valor promedio por cada generación (Partida, 2018). Por ejemplo: la nupcialidad para la generación nacida en un específico año ha presentado una intensidad equivalente a 0.8, es decir únicamente el 80% de los componentes tiene un primer matrimonio; otro ejemplo: en relación con la fecundidad, si el valor fuera 3, esto quiere decir que nacieron 3 hijos vivos por mujer como media.

3.3.2 Historia de embarazos

Para la construcción de indicadores como la Tasa Específica de Fecundidad (TEF), se utilizará el método de historia de embarazos. Teniendo en cuenta que la Tasa Global de Fecundidad se deriva de las TEF, por tanto, las acotaciones relativas a las TEF también afectan a la TGF.

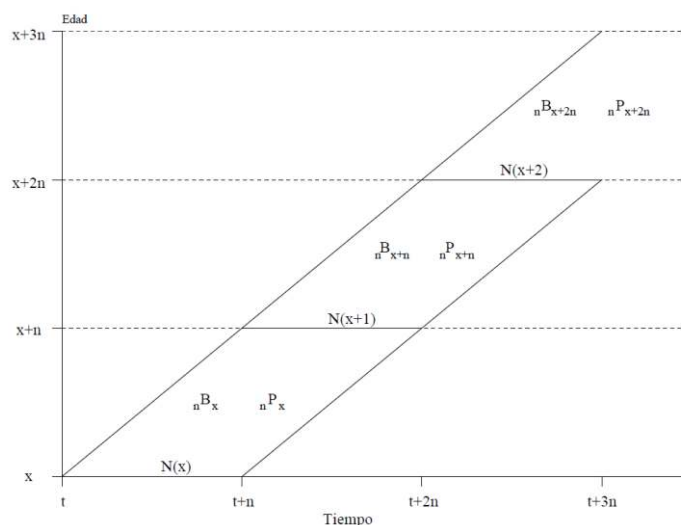
Los contrastes sociales, económicos y culturales de la fecundidad son sumamente importantes en el estudio de este fenómeno, ya que muestran diferentes conductas reproductivas entre sociedades, e inclusive entre grupos poblacionales dentro de la misma sociedad (Chackiel & Schkolnik, 1992; Zavala de Cosío, 1992).

En los países que cuentan con registros continuos de población, o bien, con estadísticas vitales de buena calidad, y donde además se recolecta información socioeconómica, las diferencias en la fecundidad se pueden obtener mediante el cálculo directo de tasas específicas por

condición social, económica o cultural. Las encuestas por muestreo se han convertido en las bases de datos suplementarias para el estudio de las diferencias en los comportamientos reproductivos, no sólo en la mayor parte de los países emergentes, sino incluso en naciones económicamente avanzadas.

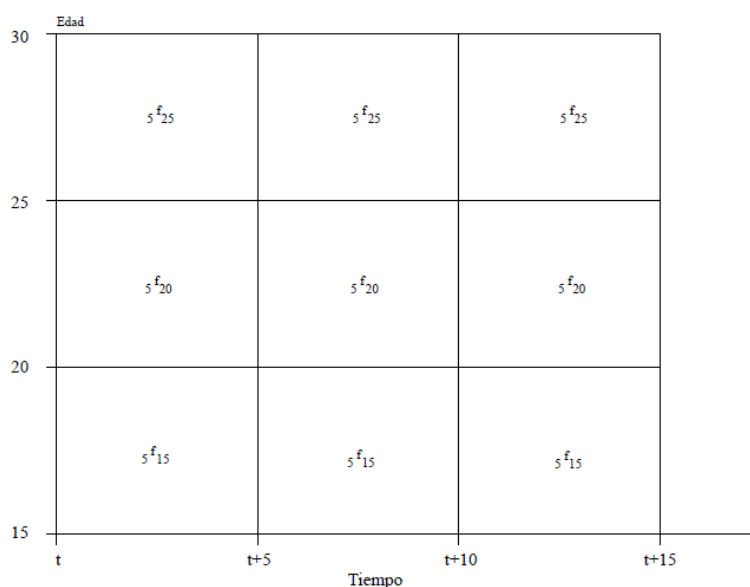
Con este instrumento, se pueden realizar las historias de embarazos (a veces sólo de nacidos vivos); además permite reconstruir parcialmente la fecundidad para los 35 o 40 años previos a la celebración de la encuesta. Este método se compone de dos secciones. En la primera se registran los nacidos vivos, separados en supervivientes y muertos al momento de la entrevista; en la segunda se captan los mortinatos y pérdidas fetales, así como la fecha (mes y año) de ocurrencia del evento. Cada una de estas secciones ocupa una página del cuestionario, de tal suerte que se simplifica el asentamiento de la fecha del suceso de los nacidos vivos.

Gráfica 3. Diagrama de Lexis que ilustran los nacimientos y efectivos de mujeres por cohorte



Fuente: *Notas para el Curso de Análisis Demográfico de Partida*, V. (2018).

Gráfica 4. Tasas de fecundidad edad - periodo



Fuente: *Notas para el Curso de Análisis Demográfico de Partida, V.* (2018).

Si los meses de nacimiento de la mujer y del hijo se convierten a la escala decimal, al agregar el año y calcular la diferencia, se tiene la edad de la mujer al tener el hijo, y con el año de nacimiento de éste, se calcula el periodo de ocurrencia. De esa manera se pueden clasificar nacimientos y tiempo vivido, según se ilustra en los diagramas de Lexis del esquema 3. Con las ubicaciones temporales del panel superior se obtienen las tasas de fecundidad cohorte-edad; con las del panel inferior se derivan tasas cohorte-periodo; y también tasas edad-periodo que se presentan en el esquema 4.

3.3.3 Modelo de Bongaarts (1978)

Se utilizará el modelo de Bongaarts para analizar los determinantes próximos de la fecundidad en base a los datos de fecundidad femenina de las ENSANUT 2012 y 2018. El modelo de Bongaarts (1978) cuantifica la contribución de cuatro determinantes próximos de la fecundidad, a saber, la nupcialidad, la anticoncepción, el aborto y la infertilidad posparto (Bongaarts, 1978). La estructura básica del modelo se resume relacionando las medidas de fecundidad con los determinantes próximos. Las ecuaciones se muestran a continuación:

$$\begin{aligned}
\text{TFR} &= C_m \times C_c \times C_a \times C_i \times \text{TF} \\
\text{TM} &= C_c \times C_a \times C_i \times \text{TF} \\
\text{TN} &= C_i \times \text{TF}
\end{aligned}
\tag{14}$$

Sea **TF** la **Tasa Total o Potencial de Fecundidad**, es decir, el promedio de hijos por mujer, en ausencia de mortalidad, sin el efecto de cualquiera de los factores que inhiben la reproducción. Bongaarts (1978) sugiere el valor de 15.3 hijos.

TM es la **Tasa Marital de Fecundidad**, **TN** es la **Tasa Natural Marital de Fecundidad**, y C_m , C_c , C_a , y C_i son los índices de nupcialidad, anticoncepción, aborto inducido y fecundidad posparto, respectivamente. Los índices sólo pueden tomar valores entre 0 y 1. Cuando no existe un efecto inhibitorio de una determinada variable intermedia de la fecundidad, el índice correspondiente es igual a 1; si la inhibición de la fecundidad es completa, el índice es igual a 0. La relación de la Tasa Global de Fecundidad y la potencial puede considerarse desde ambos extremos de la ecuación. También se puede calcular TGF conociendo solo los índices y suponiendo que TF es de aproximadamente 15.3 niños por mujer (Bongaarts, 1978).

Cabe mencionar que quedan excluidas del modelo las variables intermedias como: la esterilidad o la infertilidad primaria o secundaria; la frecuencia de las relaciones sexuales; las separaciones temporales de las parejas casadas o unidas; la abstinencia involuntaria, etc., considerando que su exclusión no afectará al resultado de la fecundidad (Bongaarts, 2006).

A continuación, se presentan las ecuaciones para estimar los índices de los determinantes próximos de la fecundidad: índice de nupcialidad (C_m); índice de anticoncepción (C_c); índice de aborto (C_a) e índice de infertilidad postparto (C_i).

Índice de nupcialidad (C_m): Es igual a 1 si la totalidad de las mujeres en edades fértiles se encuentran casadas o unidas, e igual a 0 si nadie lo está.

Este índice mide el efecto inhibitorio de la unión sobre la fecundidad en la población. Cabe señalar que cuanto mayor sea el nivel de matrimonio y uniones consensuales en la población, menor será el efecto inhibitorio sobre la fecundidad. El índice de nupcialidad se estima utilizando la siguiente fórmula:

$$C_m = \frac{\sum m(a)g(a)}{\sum g(a)} \quad (15)$$

Donde C_m es el índice de nupcialidad, $m(a)$ es la proporción de mujeres casadas según la edad, y $m(a)$ se consigue fraccionando el número de mujeres casadas o unidas de un grupo de edad determinado entre el número del mismo grupo de edad, $g(a)$ es la tasa de fecundidad específica marital por edad; $g(a)$ se obtiene dividiendo los nacimientos dentro de las uniones de un grupo etario concreto entre el número de mujeres unidas del mismo grupo etario (Bongaarts, 1978).

Estimación del índice de anticoncepción (C_c): Es igual a 1 si ninguna mujer en edades fértiles usa anticoncepción, e igual a cero si todas usan métodos cien por ciento eficientes.

El índice de anticoncepción mide el efecto inhibitor de la anticoncepción sobre la fecundidad en la población. Cuanto mayor sea el nivel de uso de la anticoncepción en la población, mayor será el efecto inhibitor debido a la anticoncepción y cuanto menor sea el nivel de uso de la anticoncepción, menor será el efecto inhibitor. El índice de anticoncepción se estima utilizando la siguiente fórmula:

$$C_c = 1 - 1.08 * u * e \quad (16)$$

Dónde u es la proporción que usa métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas en edad reproductiva (15 a 49 años); e es la efectividad promedio del uso de métodos de anticoncepción; el coeficiente 1,08 puede variar a 1.18 según las diferentes investigaciones de Bongaarts (1978, 1982; Bongaarts and Potter, 1983). Los índices de efectividad de uso propuestos para anticonceptivos particulares son la píldora = 0.90, DIU = 0.95, esterilización = 1.00 y otros = 0.70 (Bongaarts y Potter, 1983).

Estimación del índice de aborto (C_a): Es igual a 1 cuando no se dispone de datos sobre los abortos inducidos, e igual a 0 si todos los embarazos son abortados intencionalmente. Este índice mide el efecto inhibitor del aborto sobre la fecundidad en la población. En esta investigación, el índice de aborto se fijó en 1 debido a la falta de datos. Desafortunadamente, la práctica ilegal del aborto en la mayoría de los países tiende a subestimar las cifras de esta

importante ecuación. Los datos de aborto en la ENSANUT incluyen nacimientos muertos y abortos espontáneos; por lo tanto, fue difícil aislar los datos de aborto. El índice de aborto se estima mediante la siguiente fórmula:

$$C_a = \frac{\text{TFR}}{\text{TFR} + 0.4 \times (1 + u) \times \text{TA}} \quad (17)$$

Dónde u es la prevalencia del uso de anticonceptivos; TA es el total de abortos (cantidad media de abortos inducidos por mujer al final de la etapa reproductiva si las tasas de aborto inducido se mantienen en los niveles predominantes a lo largo de todo el periodo reproductivo). No se dispone de estadísticas sobre los abortos inducidos en Ecuador. Entonces, $C_a = 1$ sí TA es 0. Por lo tanto, la tasa total de aborto en este estudio es 1.

Estimación del índice de infertilidad posparto (C_i). Es igual a uno a falta de lactancia y abstinencia post parto, e igual a cero si la duración de la lactancia o la abstinencia es infinita (la abstinencia cubre todo el rango fértil de las mujeres). Este índice mide el efecto inhibitor de la lactancia materna o la abstinencia sobre la fecundidad en la población. El índice de infertilidad posparto en el modelo se estima a partir del efecto de la lactancia (amenorrea de la lactancia) o de la abstinencia posparto. El índice de infertilidad posparto (C_i).

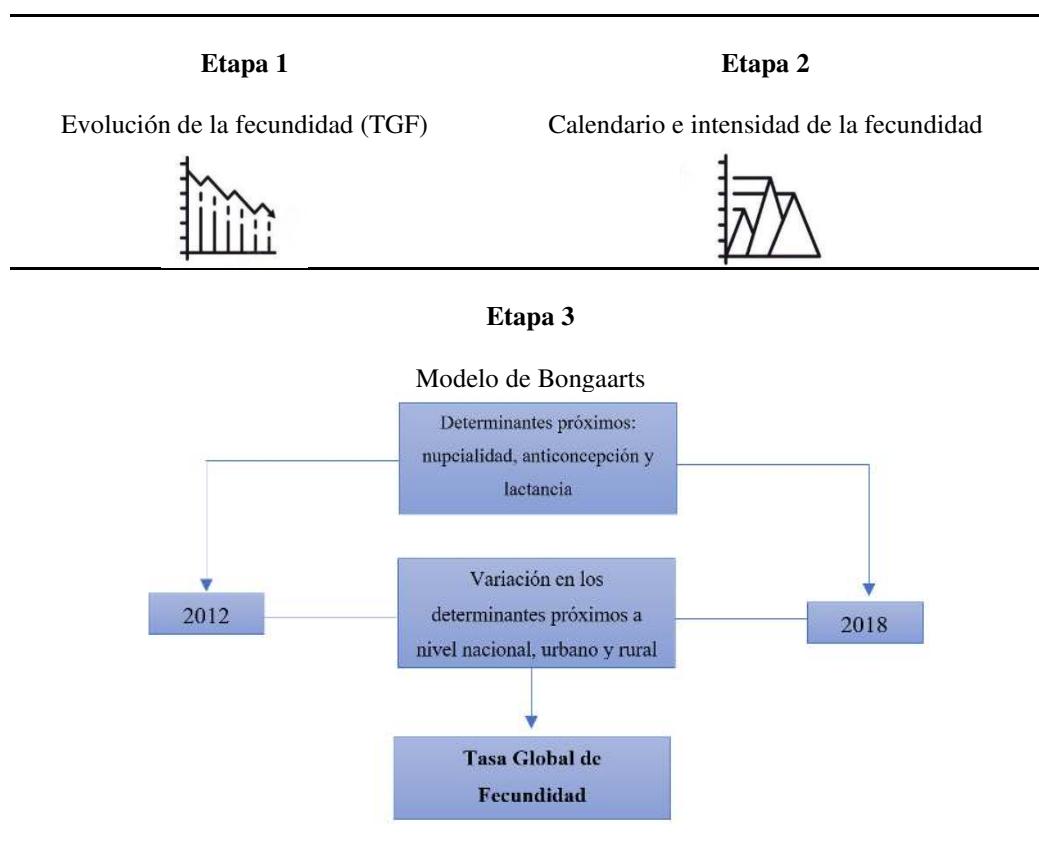
$$C_i = \frac{20}{18.5} + i \quad (18)$$

Donde C_i es el índice de infertilidad posparto e i es la duración promedio de la infertilidad posparto; se estiman 9 meses de embarazo, 1.5 meses de amenorrea sin lactancia, 2 meses por posibles abortos espontáneos y 7.5 meses en promedio necesarios para embarazarse. En esta investigación, el índice de infertilidad posparto se estimará a partir de la duración media de la amenorrea posparto y abstinencia sexual.

Los índices en el modelo de determinantes próximos de Bongaarts se calcularon usando el software R que permite automatizar las fórmulas necesarias para la estimación de los índices. Cabe mencionar que de acuerdo con la revisión teórica de las investigaciones de Bongaarts (1978, 1982; Bongaarts and Potter, 1983) se utilizará el valor 15.3 hijos por mujer correspondiente al máximo biológico de fecundidad. Con base en esta información, se procederá

a calcular los efectos de cada uno de los determinantes próximos que ayudarán a detectar los cambios en la fecundidad desde la tasa total de fecundidad, o máximo biológico, hasta la tasa de fecundidad total real que se exhibirán mediante gráficos y tablas. Esto también se hizo para las características de contextos seleccionados, como el área de residencia.

Esquema 5. Esquema analítico cuantitativo



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se ilustra el esquema analítico del componente cuantitativo de la presente investigación (esquema 5). Las mujeres que residen en las zonas urbanas y rurales, además que están en edad reproductiva (15-49 años) y que participaron en la ENSANUT en los años 2012 y 2018 constituyen la unidad de análisis. En primera instancia, se presenta la evolución de la fecundidad a través de la TGF. La segunda etapa se caracteriza por un análisis descriptivo sobre el calendario y la intensidad para explicar el comportamiento reproductivo en las mujeres en edad fértil. Finalmente, el análisis de datos se fundamenta en el modelo de Bongaarts (1978, 1982) para calcular los índices de los determinantes próximos de la fecundidad, según

a nivel nacional y por zona de residencia. Los índices son calculados para analizar la fecundidad en el Ecuador y además observar cómo su variabilidad incide en los cambios de la fecundidad durante los años 2012 y 2018.

3.4 Metodología cualitativa

Después del análisis cuantitativo, el paso siguiente radicará en profundizar algunas particularidades de las estimaciones. Se utilizará la técnica cualitativa de grupos focales con el fin de poder emprender un diálogo con las mujeres en edad fértil que habitan en el área urbana, además de descubrir en qué medida las dimensiones de la maternidad y de la anticoncepción influyen en la evolución de la fecundidad. Cabe mencionar que se pretenderá recopilar las experiencias, valoraciones y emociones.

A continuación, en las posteriores secciones se expondrá la elaboración de la técnica de grupos focales, el diseño del cuestionario que se utilizará para la recopilación de información y en el capítulo cinco se presentarán los resultados obtenidos en el análisis.

3.4.1 *Grupo Focal*

Krueger define al grupo focal o grupo de discusión como “la costumbre modernista europea de congregarse en los cafés y ambientes de crítica, que se lo denomina un acto de *comunicación democrática*” (R. Krueger, 1998, p. 10). En este sentido, Richard Krueger concreta que este instrumento cualitativo es una técnica de investigación social que “ennoblece el lenguaje y su intención reside en atenuar la interacción a través del diálogo acerca de un tema en particular, en un tiempo determinado, y el interés radica en identificar los pensamientos, sentimientos y vivencias de los entrevistados” (R. Krueger, 1998; R. A. Krueger, 2002, p. 129).

En la presente investigación la muestra estuvo constituida por 28 mujeres jóvenes entre 20 a 30 años de edad, en edad fértil, y que se encontraban cursando el cuarto semestre de la carrera de Estadística de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central de la ciudad capitalina de Quito (tabla 4). El diseño de investigación tiene el propósito de interpretar y describir los resultados cualitativos para complementar con los anteriores resultados cuantitativos. En la tabla 4 se muestran las variables sociodemográficas de las entrevistadas. Se

pudo identificar que la gran mayoría de las participantes expresaron ser solteras y no tener hijos. Además, en el momento de la entrevista se identificó que más de la mitad de las participantes expresaron residir en áreas urbanas. Por estas razones, a todas las participantes se las considera como “pioneras” debido a su condición social.

Tabla 4. Características sociodemográficas de las mujeres participantes. Ecuador, 2022

Variables	Grupo focal 1		Grupo focal 2		Total	
	N=12	(%)	N=16	(%)	N=28	(%)
Edad						
20 - 22	7	(58%)	12	(75%)	19	(68%)
23 - 25	3	(25%)	3	(19%)	6	(21%)
26 - 30	2	(17%)	1	(6%)	3	(11%)
Estado Civil						
Soltera	11	(92%)	16	(100%)	27	(96%)
Unión libre	1	(8%)			1	(4%)
Área de residencia						
Rural	4	(33%)	6	(38%)	10	(36%)
Urbana	8	(67%)	10	(63%)	18	(64%)
Número de hijos						
Ninguno	9	(75%)	14	(88%)	23	(82%)
Al menos uno	3	(25%)	2	(13%)	5	(18%)
Edad en que tuvo a su primer hijo(a)						
Ninguno	9	75%	14	(88%)	23	(82%)
15	-		1	(6%)	1	(4%)
16	1	8%	-		1	(4%)
17	-		1	(6%)	1	(4%)
19	2	17%	-		2	(7%)

Fuente: Encuesta cualitativa 2022; elaboración propia.

Cabe mencionar que todas las partícipes con estas peculiaridades estuvieron invitadas y su asistencia fue voluntaria. En esta elección se muestra una diversidad de entornos culturales y sociales de fragilidad en correlación con los comportamientos reproductivos, con la intención de exponer experiencias usuales y diferentes entre las participantes de distintas edades, situaciones familiares y contextos sociales.

Como instrumento para recolectar los datos se manejó una guía de entrevista cuyo fin fue incitar el relato independiente de las informantes sobre sus expectativas de acuerdo con su vida reproductiva, abordando entre ellas sus historias de nupcialidad y de anticoncepción. La herramienta de los grupos focales se aplicó en la ciudad de Quito-Ecuador entre los meses de febrero a marzo de 2022 y de forma secuencial. Cabe mencionar que se realizaron dos grupos focales y una vez que fueron ejecutados se procedió a sus respectivas transcripciones textuales. Para cada grupo focal se requirió el permiso a algunas autoridades como a la Dra. Nancy Medina, Decana de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador (UCE) y a la Dra. Carolina Posso, Profesora de la asignatura de la materia de demografía de la carrera de Estadística, y del permiso de las entrevistadas con el fin de aseverar la aceptación y confidencialidad de la identidad de las participantes. Las entrevistas tuvieron una duración aproximadamente entre 30 a 40 minutos. Se ejecutaron de forma presencial en las instalaciones de la UCE. Por último, se aplicaron en base a una guía de entrevistas con aproximadamente 8 preguntas abiertas que abordaron las dimensiones de la fecundidad como la nupcialidad y los métodos anticonceptivos (véase el anexo 2).

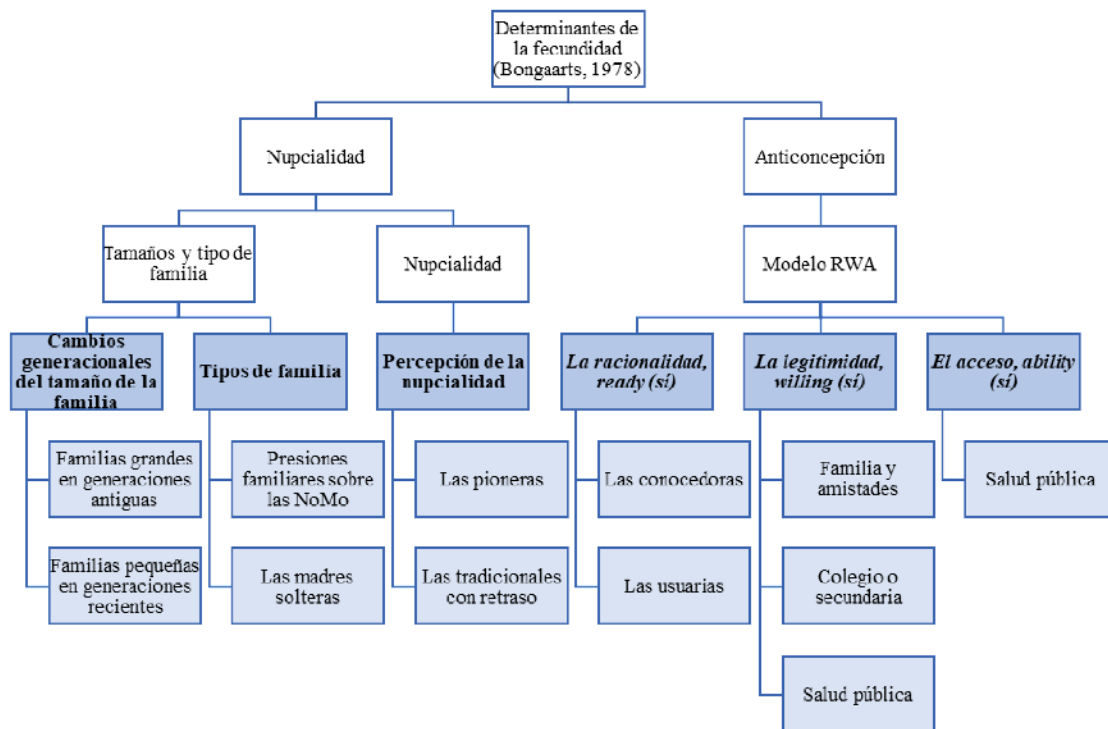
Desde el punto de vista ético, Valerie Janesick recomienda un aspecto fundamental: el anonimato de los y las entrevistados(as). En el presente estudio se preguntó a las participantes cómo quieren ser llamadas en el estudio, sea con seudónimos, o nombres simbólicos, los que consiguen contribuir a alcanzar sus relatos y efectuar así la postura de anonimidad (Janesick, 2016) (Anexo 3).

En el siguiente esquema 6 se pueden apreciar las tipologías utilizadas para la presente investigación. Cabe subrayar que la investigación de Campero Lourdes, Kendall Tamil, Caballero Marta, Mena Ana y Herrera Cristina (2010, p. 63) inspiró la guía y construcción de las categorías y subcategorías de este análisis, para identificar información significativa en las narraciones de las participantes: cómo narraban sus planes de vida, sus propósitos de vida, otras brindaban datos personales, sus perspectivas de los cambios de la nupcialidad y maternidad en relación con las generaciones más antiguas, la mayoría revelaron sus planes a futuro y las percepciones de las participantes y su entorno con respecto al uso de métodos anticonceptivos (Glaser y Strauss, 1967). Sobre estas categorías y subcategorías con las que se elaboró la guía

de entrevista, se logró establecer un bosquejo que abarcaba elementos específicos de las entrevistas accediendo situar algunas prácticas usuales en los relatos. Cabe mencionar que en el estudio se presentaron otros aspectos que no se tomaron en consideración en la asignación de las subcategorías, no obstante, permanecían presentes en las entrevistas.

De este modo se eligió por incorporar la subcategoría del modelo RWA de Coale (1973), ya que permitía explicar las narraciones. Asimismo, se logró identificar algunas subcategorías, correspondientes al modelo RWA, como conocimiento, uso, acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar de las mujeres jóvenes, en consecuencia, se observó una correspondencia inmediata y se ubicó en una única categoría. Por esa razón se establecieron categorías y subcategorías que contribuyeron para el estudio cualitativo, para lo cual se emplearon los posteriores elementos:

Esquema 6. Tipologías de análisis



Fuente: Elaboración propia.

La información brindada por las mujeres entrevistadas en la investigación facilitó, a través de la comprensión entre la investigadora y las entrevistadas, poder atender de primera voz

las opiniones acerca del tema estudiado y percatarse de que, si bien presenten una igual situación como mujeres jóvenes que estudian una carrera de tercer nivel, las discrepancias entre sus experiencias y sus historias son urbanizadas. Por esta razón, derivado del análisis cualitativo, se designó a las participantes como mujeres urbanas.

El proceso metódico fue inductivo, utilizando el procedimiento planteado por Glaser y Strauss (1967) para ordenar los datos por temáticas, sustentado en códigos. Este método contribuyó para elaborar un esbozo temático de codificación y clasificación de la información de la organización de la información. Para el presente estudio se analizaron los datos relacionados con la reproducción, la nupcialidad y la práctica anticonceptiva. Dichos datos se ejecutaron en el software de análisis MaxQDA.

3.4.2 Diseño y guía de entrevista

En función de la exploración teórica del grupo focal cualitativo, se diseñó una guía de entrevista que se estructura con base en los descubrimientos derivados de la etapa cuantitativa, es decir de la exploración de las bases de datos que se expuso en la sección anterior.

El objetivo de la entrevista es recopilar las narraciones de las participantes en edad reproductiva de 15 a 49 años, con el propósito de obtener las opiniones, valoraciones de algunos determinantes próximos de la fecundidad (nupcialidad y anticoncepción) que, por la distribución e intención de las preguntas de las fuentes de datos, permanecieron sin profundizar, y los cuales son precisos para responder los objetivos del presente estudio. La guía está conformada por dieciocho preguntas abiertas y cerradas (véase el anexo 2). Todas las interrogantes se establecieron en dos categorías que se presentan a continuación:

- a) Concepción del matrimonio: En la siguiente categoría se plantearon preguntas acerca de los patrones de la unión libre o matrimonio. Se contempló una pregunta que diferencia los cambios que perciben del matrimonio. Además, en esta categoría se realizó una diferenciación de los planes de vida que se realizarían entre casarse o no casarse, con el fin de identificar las opiniones sobre la construcción de los vínculos maritales de las mujeres entrevistadas. También, se plantean algunas preguntas

sobre la maternidad. Las preguntas que abarca esta categoría se exponen a continuación:

- ¿Cuál es su estado civil? soltera, unida, casada, separada o viuda
 - ¿A quién de ustedes les gustaría casarse?
 - ¿A qué edad te proyectas formar una familia? (poco o mucho tiempo)
 - ¿Cuáles son sus planes en el caso que no quieran casarse?
¿Y mientras tanto que les gustaría hacer?
 - ¿Consideras que ha cambiado como vivían tu madre o tu abuela?
 - ¿Alguien de ustedes tienen hijos/as?
 - ¿A qué edad tuvieron su primer/a hijo/a?
 - ¿Cómo han sido sus experiencias de ser madre y estudiante a la vez?
 - ¿En comparación con la visión de tu madre o abuela cómo concibes la maternidad?
- b) Anticoncepción: En esta categoría se trata de identificar aspectos de la anticoncepción, así como el conocimiento de métodos anticonceptivos específicos, las actitudes y el comportamiento en relación con el uso de anticonceptivos. Además, se realizaron preguntas sobre el uso, conocimiento y acceso a la planificación familiar. Por tanto, las preguntas que se formularon son las siguientes:

Enumera los métodos anticonceptivos que conoces

- ¿De los métodos que enumeraste has usado alguno?
 - ¿A qué edad empezaron a utilizar estos métodos?
 - ¿Cómo conocieron de estos métodos anticonceptivos? ¿Quién las asesoró sobre la salud sexual? ¿Conocen programas de capacitación, sobre paternidad responsable y planificación familiar?
 - En el caso que estén casadas o unidas ¿Conocen de los métodos anticonceptivos? ¿Qué métodos anticonceptivos utilizan?

Finalmente, ¿Cuáles son sus planes de vida después de graduarse de la universidad?

Por último, se registraron algunos antecedentes generales que se consiguieron mediante la ficha de registro:

- Edad
- Lugar de residencia (identificar sí es rural/urbana)
- Estado civil
- Número de hijos/as
- Edad de los hijos
- Edad en que tuvo a su primer hijo

Además de la guía, al momento de la ejecución de las entrevistas se le anuncio a cada participante que la colaboración para esta investigación es estrictamente de manera anónima, además de pedir su consentimiento para dicha entrevista.

4. CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD EN ECUADOR (2012 Y 2018): APOR- TACIÓN DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDI- DAD

En este capítulo se examina la evolución de la fecundidad en el Ecuador, el calendario e intensidad de la fecundidad y los cambios en la fecundidad entre los años 2012 y 2018. Para esto último, se considera el modelo clásico de los determinantes próximos de Bongaarts (1978).

Respecto al inicial punto, se estudia la evolución de la fecundidad en el periodo 1950-2050. En segundo lugar, se estima el calendario y la intensidad de la fecundidad durante el periodo 2012-2018, según el área de residencia y a nivel nacional. Por último, se estiman los determinantes próximos de la fecundidad (nupcialidad, anticoncepción y lactancia) junto con una exploración de la contribución porcentual y absoluta de los determinantes próximos en los cambios de la fecundidad en los años 2012 y 2018. El estudio se realiza a nivel nacional y por zona de residencia.

4.1 Evolución de la fecundidad en Ecuador

En este apartado se presenta la evolución de la fecundidad de la población ecuatoriana mediante el análisis de ciertos indicadores. Para ello, se utilizan los datos de diferentes fuentes de información: la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF), Encuesta de Salud Materno Infantil y de Variables Demográficas (ESMIVD), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA) y la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)¹¹, la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT), los datos censales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y las estimaciones-proyecciones demográficas oficiales de Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019*. Los análisis se realizan a nivel nacional, destacando además los contrastes por área de residencia. Esta sección proporciona conocer, en términos generales, el contexto en el cual se ejecuta la investigación. En primer lugar, se muestran las poblaciones por área de residencia y a nivel

¹¹ Encuestas ejecutadas por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

nacional con datos censales¹² del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y de las proyecciones poblacionales de las Naciones Unidas para tener un panorama inicial sobre la evolución del crecimiento de la población en el Ecuador. Por último, se muestra la evolución de la fecundidad con datos de diferentes encuestas demográficas y de fecundidad ecuatorianas, así como también de las proyecciones poblacionales. Además, se hace un análisis de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) a nivel provincial con información de la ENSANUT.

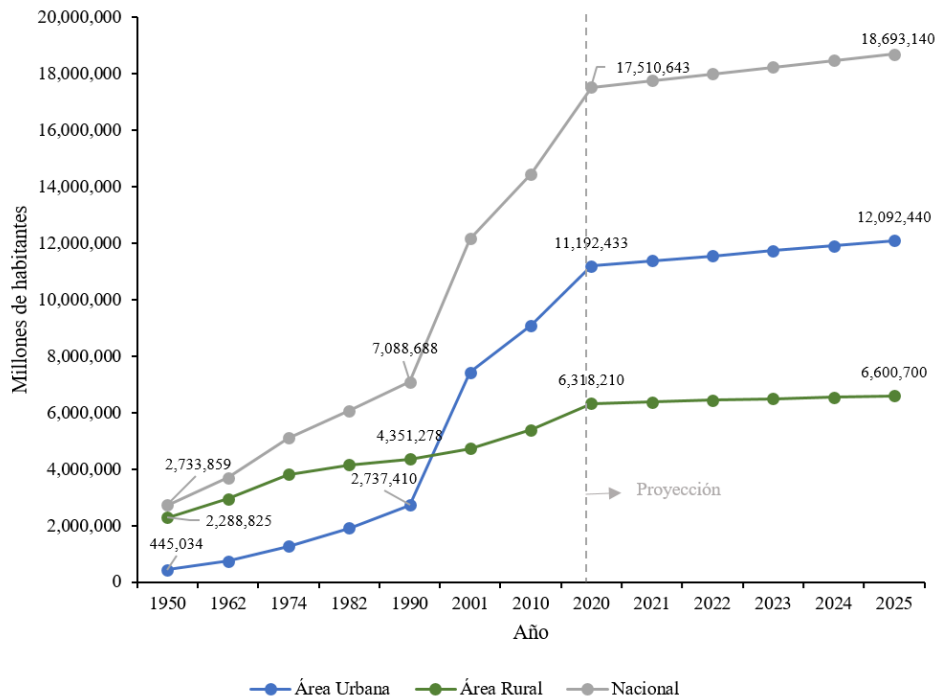
4.1.1 Población por área de residencia

En esta sección se presenta un breve panorama de la evolución de la población ecuatoriana por área de residencia. En el caso ecuatoriano se han identificado investigaciones (Carpio et al., 1987; Delaunay et al., 1990; B. Villacís y Carrillo, 2010) en donde prevalecen estadísticas y análisis descriptivos del contexto demográfica con diferentes direcciones; en especial tratan de su distribución espacial y de manera más frecuente del proceso de urbanización, esto ha sido importante para evaluar los cambios sociales que ha atravesado el país.

A continuación, la gráfica 5 muestra los cambios de la distribución relativa de la población por zona de residencia con el fin de identificar la evolución de la población urbana y rural para posteriormente explicar las discrepancias del comportamiento reproductivo en el país andino.

¹² Cabe mencionar que Ecuador tiene 7 censos de población, ejecutados en los años 1950, 1962, 1974, 1982, 1990, 2001 y 2010.

Gráfica 5. Ecuador: Evolución de la población total, urbana y rural. 1950 – 2025



Fuente: Elaboración propia con información de los Censos de Población y Vivienda del INEC (1950, 1962, 1974, 1982, 1990, 2001, 2010) y de las Proyecciones Poblacionales de Naciones Unidas, *World Population Prospect* (2019) [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/> (2020 – 2025).

En términos generales, la evolución de la población a nivel nacional y por área de residencia muestra una forma logística, esto es un lento crecimiento hasta los ochenta, una fuerte aceleración desde los noventa hasta el 2020 y cierta estabilidad en adelante. En 1950 se nota que la principal cantidad de la población vivía en áreas rurales con una participación del 83.72%; en la década de los ochenta, la población del área rural sigue superando a la población urbana; esto se mantiene hasta aproximadamente finales de los años noventa del siglo pasado, donde el escenario se invierte, y comienza a imperar la población urbana (Carpio et al., 1987). Esto se debe a que, a finales de 1990, el país enfrentó una de las más profundas crisis sociopolíticas y económicas de su historia, lo cual generó tanto movimientos migratorios urbanos-rurales como una fuerte emigración internacional. Entre 1997 y 2000, el país tuvo cinco gobiernos distintos provocando inestabilidad política y un incremento de la desigualdad social y pobreza en la población ecuatoriana (Ramírez y Ramírez, 2005). Además, en 1999, se declaró feriado bancario que pulverizó el aforo de ahorro y gasto de los ahorristas, por ello hasta la actualidad no han reparado su capital (Pedone, 2005). Tales eventos alteraron los patrones

migratorios de la población ecuatoriana en todo el territorio nacional, en especial hacia las zonas urbanas, acrecentando una crisis sin precedentes.

Según el último censo de 2010 del INEC, Ecuador contaba con el 62.96% de su población viviendo en asentamientos urbanos, es decir, el 37.04% de la población residía en áreas rurales. Paralelamente, la premura con la que la zona urbana crece es mayor que la de la zona rural (INEC, 2001). Cabe mencionar que una característica importante a señalar es que, como se observa, por varias décadas la población ecuatoriana rural permaneció elevada, y aún en el presente la población rural sigue con una participación importante (INEC, 2012).

En 2022, de acuerdo con las proyecciones poblacionales, Ecuador cuenta con una población de 17.989,912 habitantes; el 64.21% de la población ecuatoriana vive en las urbes y según las proyecciones poblacionales seguirá aumentando en aproximadamente un punto porcentual en 2025. Por este motivo, Ecuador se convirtió en un estado eminentemente urbanizado alterando la división de su población urbana y rural, considerando que en 1990 estas poblaciones eran de 38.62% y 61.38% respectivamente. Al analizar las diferencias por área de residencia se ha evidenciado que esta evolución “generó un desarrollo urbano desordenado, sin planificación, regulación, ni control, con carencias en las prestaciones de servicios básicos y con profundas inequidades territoriales, por ejemplo, regiones de extrema riqueza junto a regiones de extrema pobreza” (SENPLADES, 2013, p. 101).

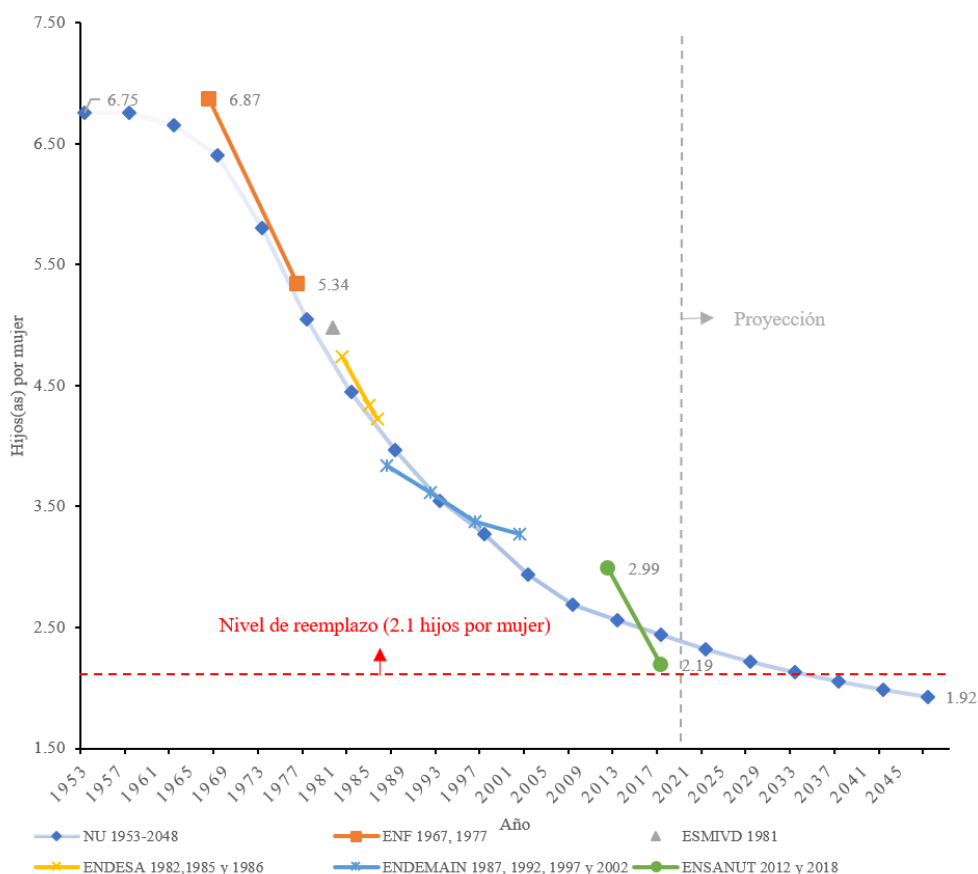
En síntesis, claramente se observa que la dinámica de la población es diferente de acuerdo con el área de análisis. La zona urbana ha llegado a aumentar constantemente a lo largo de la última década. Asimismo, a partir del año 2020 la población sigue creciendo a un ritmo más lento, próxima a presentar el fenómeno de población estable. Es fundamental destacar las consecuencias de la urbanización, ya que, en general, el área urbana se caracteriza por presentar mayores niveles de industrialización y es en donde se localizan la totalidad de las entidades que brindan los servicios de salud sexual, reproductiva y planificación familiar (González Galbán et al., 2007; Guzmán et al., 1989; Ortiz Martínez, 2003). Por tanto, la población, especialmente las mujeres podrían acceder con mayor facilidad a dichos servicios y así controlar su fecundidad. De esta manera, se evidencia que el análisis de la distribución espacial de la población ecuatoriana por zona de residencia es importante en la explicación

de la evolución de la fecundidad y de otros aspectos demográficos de interés en la sociedad ecuatoriana.

4.1.2 Tasas de fecundidad

A continuación, se observan los niveles y las tendencias de la fecundidad a nivel nacional, dentro de una perspectiva dinámica. La información suministrada de la ENSANUT de 2012, 2018 y las estimaciones-proyecciones poblacionales de Naciones Unidas han permitido construir indicadores de fecundidad como las Tasas Específicas de Fecundidad por edades (TEF) y las Tasas Globales de Fecundidad (TGF) de las mujeres en edad reproductiva, en varios períodos durante 70 años, a partir de 1953.

Gráfica 6. Evolución de la Tasa Global de Fecundidad, 1953 – 2048



Fuente: Elaboración propia con información de ENF, ESMIVD, ENDESA, ENDEMMAIN, ENSANUT (1967, 1977, 1981, 1982, 1985, 1986, 1987, 1992, 1997, 2002, 2012 y 2018) y de las Proyecciones Poblacionales de Naciones Unidas, *World Population Prospect* (2019) [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/> (1953 – 2048).

Como se puede observar en la gráfica 6, la TGF presenta una tendencia decreciente y progresiva al comparar los valores desde 1953 al 2048. En la década de los sesenta y setenta se levantó la primera Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF); con los resultados de esta encuesta se observa que la fecundidad ha cambiado de manera sustancial entre 1967 y 1977, ya que muestra un descenso significativo, es decir, un descenso de 22.21%; en términos absolutos esto quiere decir que hay una reducción en promedio de 1.5 hijos por mujer. Como se observa, a partir de la década del setenta el decremento se precipita, pasando alrededor de seis hijos por mujer a cuatro, en tan sólo un período. A partir de allí la fecundidad sigue disminuyendo, acorde con la teoría de la transición demográfica; desde altas tasas en la década de los 60 a tasas próximas al nivel de reemplazo en la última década (Chackiel y Schkolnik, 1992; Zavala de Cosío, 1995).

Como evidencia la gráfica 4, a inicios de los años ochenta y específicamente en 1981, el país empieza a presentar tasas de fecundidad de 4.9 hijos por mujer en edad fértil, con base en los resultados de la ESMIVD. Posteriormente, entre los años 1982, 1985 y 1986 se levantaron la ENDESA; con los resultados de esta encuesta se evidencia que Ecuador sigue presentando una desaceleración del fenómeno llegando a una reducción aproximada del 11%; en términos absolutos es un descenso aproximado de 1 hijo por mujer en edad fértil (0.5).

Con los resultados de la ENDESA, años más tarde, particularmente en 1987 se levantó la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN). Del análisis se concluye que aún persiste el continuo descenso de los niveles de fecundidad, manifestando en promedio una TGF de 3.8 hijos por mujer en edad fértil. Consecutivamente, en la década de los noventa e inicios de los 2000, específicamente entre 1992, 1997 y 2002 el país andino sigue evidenciando una persistente caída en las tasas de fecundidad, pero en menor proporción que las registradas en las décadas anteriores que fue de 10%, reflejado en términos absolutos en una TGF de 3.2 hijos por mujer en 2002 (CEPAR, 2005). Cabe mencionar que Ecuador, hasta mediados de los años 2000, mostró tasas cercanas a los 3 hijos por mujer; no obstante, de acuerdo con las proyecciones poblacionales hasta 2013 se asume que dicha tasa ha menguado hasta 2.6 hijos por mujer.

Como lo señala Schkolnik (2004) un país es considerado que tiene tasas altas de fecundidad cuando la TGF es superior a 3 hijos por mujer. De ello se infiere que Ecuador pasó de tasas altas de fecundidad a bajas en el transcurso del tiempo. Se puede concluir que en la trayectoria reproductiva de las mujeres ecuatorianas sigue perdurando una caída de los niveles de fecundidad, pero con menor intensidad en el tiempo analizado. Esto se puede evidenciar con las últimas encuestas ENSANUT ejecutadas en 2012 y 2018. Como se puede observar en la gráfica 13, en los dos últimos periodos de análisis se registra una disminución del 26.65% en los niveles de fecundidad; reflejando en promedio una TGF de 2.9 hijos por mujer en 2012 y una TGF de 2.2 por mujer en 2018¹³. Por tanto, este periodo se caracteriza por presentar un valor próximo a la tasa de reemplazo de la población (2.1 hijos por mujer en edad reproductiva como promedio). De acuerdo con la literatura revisada, estos comportamientos se deben a los cambios profundos en la reproducción y la mentalidad de las mujeres, además de las mejoras tecnológicas en la salud y la aplicación de los programas de planificación familiar que han contribuido al acceso de la anticoncepción, entre otros factores (J. Caldwell, 1982; Cassio y Bernardo, 2009; Zavala de Cosío, 1995)¹⁴.

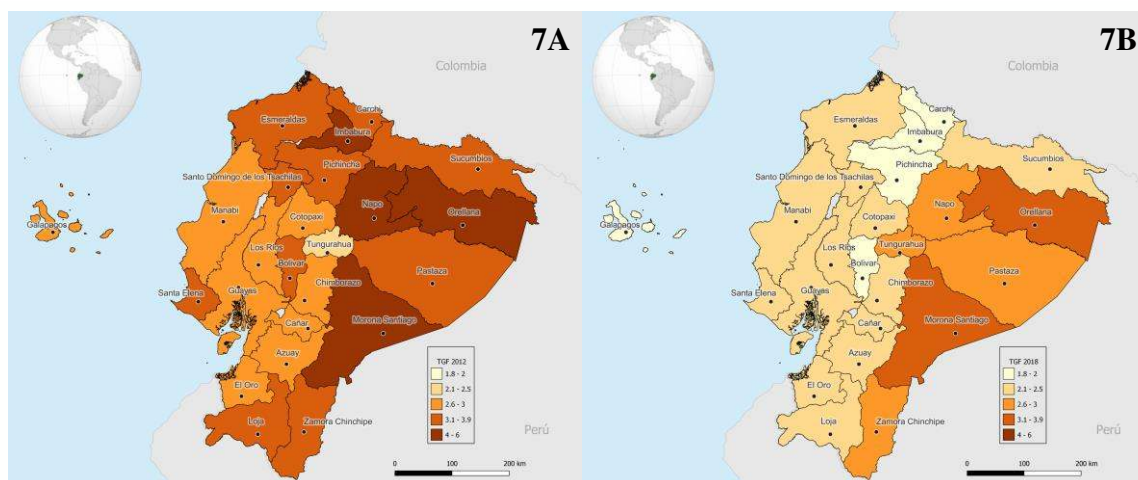
Finalmente, de acuerdo con las proyecciones poblacionales en 2022, punto en el que actualmente nos encontramos, se destaca un inquebrantable descenso de la cantidad de hijos por mujer; hasta llegar a una tasa próxima a los 1.9 hijos por mujer correspondiente a la proyección de 2048; esta considera un fuerte declive de la tasa de fecundidad, menor al umbral de la tasa de reemplazo (Rodríguez Vignoli, 1997). Los cambios observados muestran que poco a poco el proceso de envejecimiento influirá en la población ecuatoriana para empezar a reducirse en tamaño. Asimismo, con respecto a la transición demográfica alcanzará un umbral donde convergen los componentes de la dinámica demográfica: estabilización de las tasas de natalidad y mortalidad, también empezará el decrecimiento poblacional (CEPAL, 2008; Rodríguez Wong, 2009). Prácticamente, estos cambios observados posiblemente se deben a las

¹³ Cabe mencionar que estos valores coinciden con las estimaciones del capítulo metodológico de las tasas de fecundidad de las ENSANUT 2012 y 2018.

¹⁴ Cabe aclarar que las proyecciones de las Naciones Unidas no coinciden con las estimaciones de fecundidad de las encuestas demográficas y de fecundidad ecuatorianas debido a que son datos refinados (corregidos), es decir que presentan operaciones de corrección, ajuste y suavizamiento. Por esta razón, no son comparables dichas medidas y dentro del presente estudio se utilizarán los datos de la ENSANUT publicados por el INEC, sin realizar dichas correcciones.

influencias culturales, económicas y políticas públicas con enfoques de educación sexual y reproductiva (Lam, 2011; Ortiz Ávila y Devolder, 2018).

Gráfica 7. Tasa Global de Fecundidad por región geográfica. A) ENSANUT 2012 y B) ENSANUT 2018



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

El uso de datos geo-referenciados permite el análisis espacial de la TGF por provincias del país andino entre los años 2012 y 2018 de la ENSANUT (gráfica 7). Las tasas de fecundidad se han agrupado en cinco categorías para facilitar la interpretación: 1) fecundidad muy baja (de 1.7 a 2 hijos por mujer), 2) fecundidad cercana a la tasa de reemplazo (de 2.1 a 2.5 hijos por mujer), 3) fecundidad media (de 2.6 a 3 hijos por mujer), 4) fecundidad alta (de 3.1 a 3.9 hijos por mujer) y 5) fecundidad muy alta (más de 4 hijos por mujer)¹⁵.

La gráfica 7A, correspondiente al año 2012, muestra una fecundidad alta y muy alta en algunas provincias de la región de la Amazonía, Sierra y Costa. Se puede apreciar que, en este año, los valores más altos se ubicaban en la mayoría de las provincias de la Amazonía: Morona Santiago con una tasa de 5.5 hijos por mujer, Orellana con 4.7 hijos por mujer, Imbabura con 4.4 hijos por mujer y Napo con 4.3 hijos por mujer. Se observa que la única provincia

¹⁵ Los rangos de las categorías de fecundidad se basaron en la investigación de Buizza y Villafuerte (2020). Cabe mencionar que dicho estudio es similar y tiene en cuenta el contexto del caso ecuatoriano.

que presentó una tasa de reemplazo es Tungurahua. Mientras que la gráfica 7B, correspondiente al año 2018, evidencia que ha cambiado la fecundidad considerablemente en poco tiempo, donde el país ha pasado de altas a bajas tasas. Se observa que el país presentó tasas de fecundidad bajas y muy bajas en la mayoría de las provincias de las regiones de la Costa y de la Sierra. Además, en las provincias de la región de la Amazonía se muestra un desplome generalizado del fenómeno. Las provincias con valores altos se siguen situando en la región de la Amazonía: Morona Santiago con de 3.7 hijos por mujer y Orellana con 3.3 hijos por mujer. A la par, se observa que todas las provincias del país presentan valores mínimos al nivel de reemplazo. La provincia con las más baja TGF es Pichincha con 1.8 hijos por mujer, seguido por las provincias de Bolívar y Galápagos con 1.9 hijos por mujer.

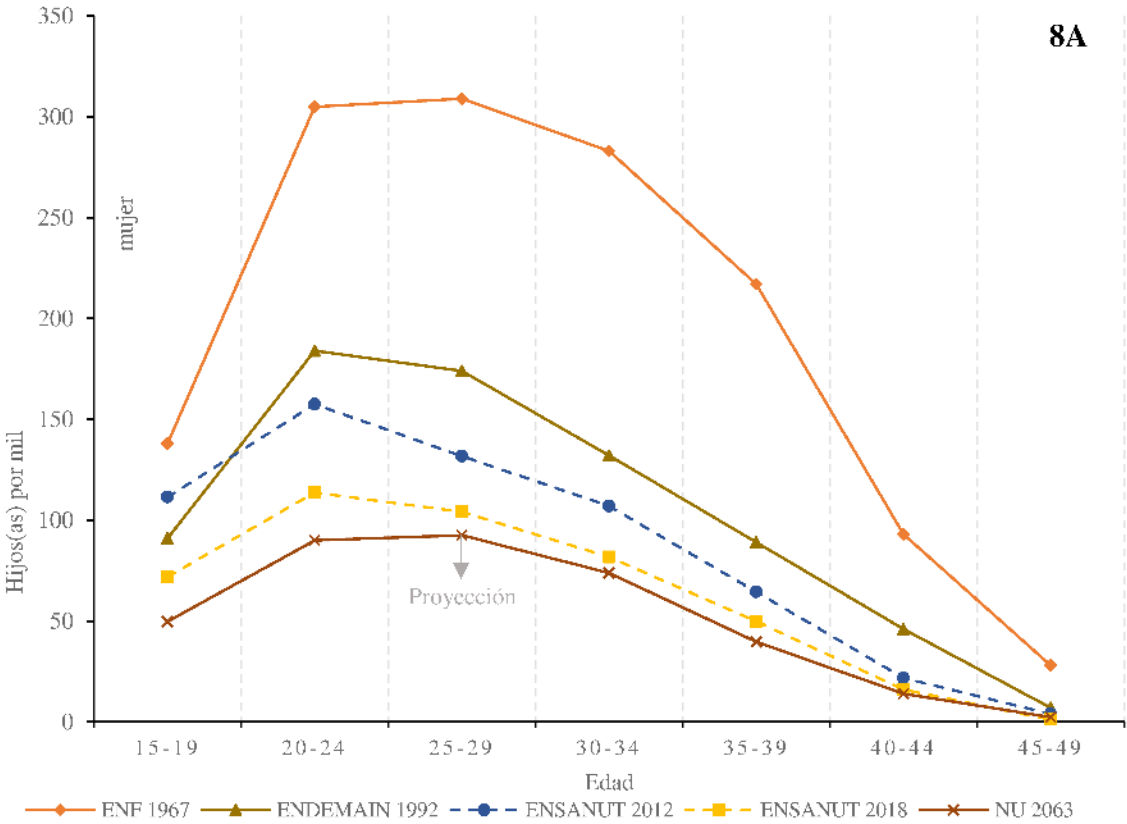
4.2 El calendario y la intensidad de la fecundidad

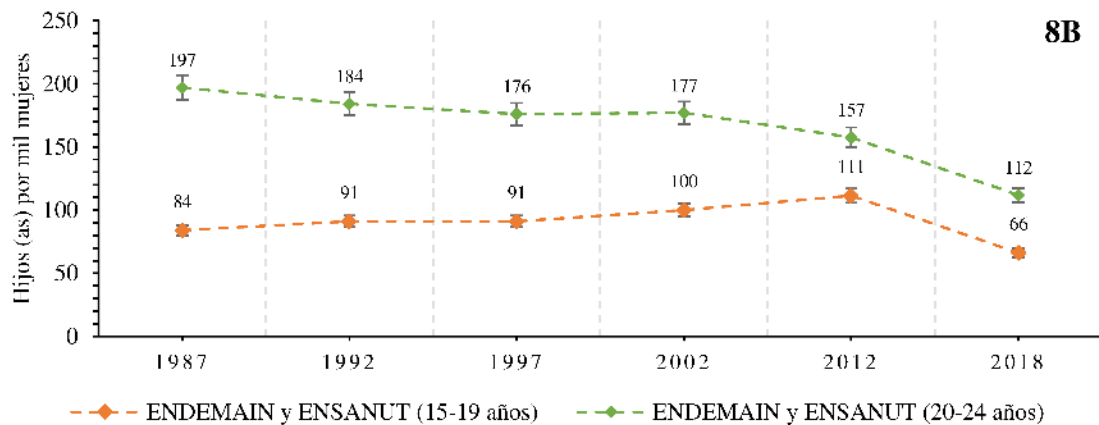
En el apartado anterior se presentaron los diferentes niveles de la fecundidad a nivel nacional y a través del tiempo. Si bien estos indicadores de fecundidad evidencian las trayectorias del comportamiento reproductivo en Ecuador, se necesita sin embargo un análisis más detallado para conocer las tendencias y niveles de fecundidad de la población femenina ecuatoriana según el área de residencia. Esto es de particular interés, pues permite conocer cuáles podrían ser los cambios y transformaciones de algunos indicadores de fecundidad de la sociedad ecuatoriana a través de la diferencia del área de residencia.

Como primera parte se muestra la evolución de los patrones de fecundidad a nivel nacional, contemplando los datos de diferentes fuentes de datos. Posteriormente, se muestra el calendario y la intensidad desagregado por área de residencia, utilizando las ENSANUT 2012 y 2018. Finalmente, se muestra la edad mediana al primer hijo igualmente a nivel nacional y por área de residencia. Cabe destacar que el análisis del calendario y de la intensidad de la fecundidad es sumamente trascendental para identificar los cambios acontecidos a través del tiempo en una determinada población (Govea Basch, 2015). A continuación, en la siguiente sección se presentan las estimaciones de dichas variables en el caso ecuatoriano.

A través de la información obtenida en la gráfica 8A se evidencia el comportamiento de la fecundidad por grupos etarios, donde la tendencia definida por la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) varía en los diversos grupos de edad analizados. Teniendo en cuenta la bibliografía sobre los patrones del calendario (Partida, 2018), se observa que para el caso de Ecuador han tenido diferentes transformaciones, ya que han empezado por una cúspide dilatada hasta finales de la década de los setenta, pasando a una cúspide temprana hasta finales de la segunda década del siglo XXI.

Gráfica 8. Evolución de las Tasas Específicas de Fecundidad por grupos edades, 1967-2063





Fuente: Elaboración propia con información de Naciones Unidas, World Population Prospect (2019) [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/> (1958 – 2038), ENDEMAIN (1987, 1992, 1997 y 2002) y ENSANUT (2012 y 2018).

En todos los periodos analizados, se observa en la gráfica 8A que la fecundidad se ha limitado a medida que la edad de las mujeres en edad fértil aumenta. Sin embargo, desde inicios del periodo de los noventa hasta la segunda década del siglo XXI, el grupo etario que más aporta es el de 20 a 24 años, con 26.4% del total de nacimientos en 2012 (véase el anexo 3). Esto da cuenta que la fecundidad de la mujer ecuatoriana presenta un patrón de cúspide temprana (concentración en las edades de 20 a 24 años).

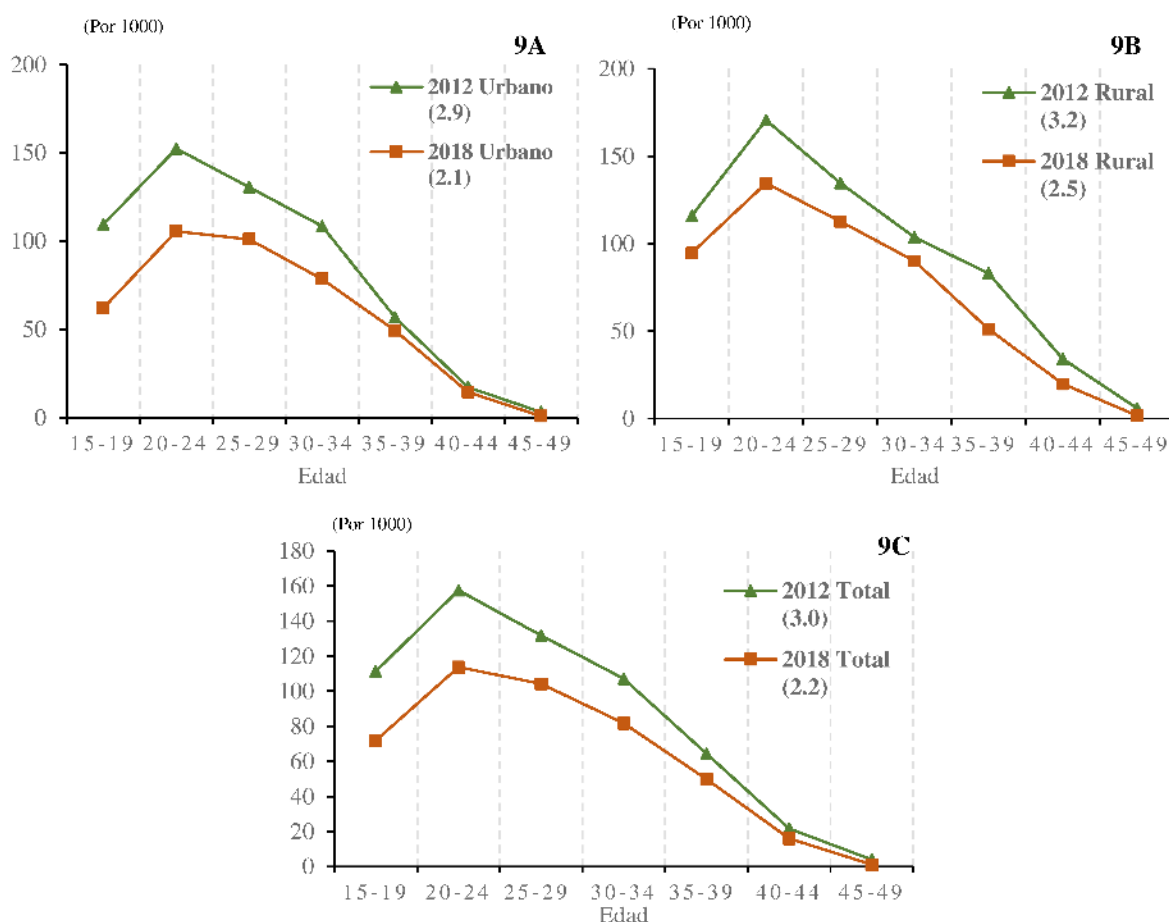
Además, el grupo de edades de 15 a 19 años aporta 18.4% en el mismo año, mostrando un aumento del 19.3% en las últimas setenta décadas (Anexo 3). Este aumento en el aporte porcentual de las madres adolescentes durante el período se puede observar en la gráfica 8B, que muestra la evolución de la TEF de las mujeres más jóvenes de la población ecuatoriana: adolescentes entre 15 a 19 años y mujeres entre 20 a 24 años, a partir de 1987 hasta 2018. El grupo de mujeres entre 15 y 19 años muestra un aumento significativo, ya que en el año 1992 era de 91 hijos, y en 2018, este indicador aumentó a 111 hijos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. Llama la atención la resistencia a la baja de la fecundidad entre estos dos años analizados, especialmente en las adolescentes entre 15 a 19 años, ya que se manifiestan altos niveles de fecundidad temprana. Este comportamiento, en términos de políticas públicas, sugiere que en Ecuador aún se deben incrementar los esfuerzos en el tema del embarazo adolescente, para que a futuro se reflejen en una menor tasa de fecundidad adolescente.

Cabe mencionar que el embarazo adolescente es una peculiaridad de América Latina y el Caribe, que se perpetúa con tasas altas de fecundidad (Chackiel y Schkolnik, 2003; Rodríguez Vignoli, 1997). Según la CEPAL (2016), el descenso de la fecundidad en Latinoamérica se ha producido con marcadas y notorias discrepancias con respecto a las edades de inicio de la maternidad. Por tanto, se presentan disconformidades en los niveles de fecundidad que probablemente se reflejarán en el futuro de las disímiles generaciones de la población, que dan cuenta de la duración y aparición de algunos fenómenos como el bono demográfico, el envejecimiento y la transición demográfica (Huenchuan, 2018).

De acuerdo con los datos más recientes y las proyecciones poblacionales para la sexta década del siglo XXI. De acuerdo con la investigación de Buizza y Villafuerte (2020): “Ecuador está experimentando una nueva transición hacia una estructura de la población con cúspide dilatada producto de la disminución de la fecundidad” (p. 18), en los grupos etarios de 25 a 29 años de edad (alrededor de 100 hijos cada 1 000 mujeres). Según el INEC, estos patrones muestran la intensificación de los controles de la fecundidad en las mujeres que “van consumando su ideal reproductivo” (INEC, 2019, p. 10).

En las siguientes subsecciones se analiza detalladamente la fecundidad de la población ecuatoriana, en los años 2012 y 2018 con información de las ENSANUT, con una segregación por área de residencia.

Gráfica 9. Calendarios y TGF por área de residencia y nacional. A) ENSANUT Urbano 2012 y 2018, B) ENSANUT Rural 2012 y 2018 y C) ENSANUT Nacional 2012 y 2018



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

Nota: En la leyenda de los calendarios se incluye, entre paréntesis, la TGF representativa del período reproductivo.

La estimación de los nacimientos en las ENSANUT de 2012 y 2018 muestra un comportamiento diferencial según el área de residencia. Como se puede observar en las gráficas 9A y 9B, en 2012 la fecundidad en las mujeres urbanas se caracteriza por presentar un patrón de cúspide temprana. Mientras que, en 2018, se observa una cúspide ligeramente dilatada, ya que la fecundidad es similar entre los grupos etarios entre los 20 y 29 años.

Llama la atención en las mujeres que habitan en el área rural (gráfica 9B), que en los dos años de estudio presentan patrones similares de cúspides tempranas; claramente muestran una fecundidad máxima en los grupos etarios más jóvenes entre 20 a 24 años. Además, el

periodo que va desde 2012 hasta 2018 se caracteriza por un incremento de la maternidad entre las mujeres adolescentes (en promedio un valor cercano a 105 hijos por cada 1000 mujeres entre 2012 y 2018¹⁶); en términos relativos esto quiere decir un aumento de dos puntos porcentuales.

A nivel nacional, en los dos años de estudio, evidentemente la población ecuatoriana femenina presenta una mayor concentración en las edades jóvenes con un patrón de cúspide temprana y después la fecundidad cae velozmente (gráfica 9C). Con esto se puede deducir que las mujeres ecuatorianas presentan un inicio temprano de su maternidad y después empieza a descender posiblemente debido al uso de métodos anticonceptivos (Govea Basch, 2015).

Las tasas globales de fecundidad exponen las discrepancias en la intensidad de la fecundidad urbana y rural. La TGF del año 2012 se mantiene cercana a 3 hijos por mujer. Posteriormente, se provoca un declive de la fecundidad que condujo a la TGF a un valor próximo a 2.2 hijos por mujer en 2018, cerca de la tasa de reemplazo (gráfica 9C). Los datos de la ENSANUT muestran una leve tendencia hacia un descenso menos pronunciado en la segunda década del nuevo milenio. Cabe recalcar que este proceso a nivel nacional muestra el cambio que se ha producido, específicamente, en la fecundidad diferencial urbana y rural. Como evidencian las gráficas 9A y 9B, la fecundidad a nivel nacional desciende desde una TGF aproximada a 3 hijos por mujer en 2012, en comparación al año 2018 que presenta menos de 2.1 hijos correspondientes a un valor igual a la tasa de reemplazo.

La situación de la fecundidad diferencial presenta variaciones. La zona rural evidencia una TGF a principios del período analizado de 3.2 hijos por mujer con una tendencia marcada al descenso que la lleva alrededor de 2.5 hijos por mujer, es decir, la baja absoluta entre 2012 y 2018 es de 0.7 hijos por mujer (gráfica 9B). Al mismo tiempo, evidentemente el cambio más importante se produce en el área urbana, en la cual la TGF desciende aproximadamente de un hijo por mujer (0.8) entre los dos años de estudio (gráfica 9A). En general, se nota que los niveles y las tendencias de la fecundidad en estas dos áreas presentan un descenso evidente en la segunda década del siglo XXI.

¹⁶ Se refiere al promedio entre las TEF de los dos años: 2012 es 94.75 y 2018 es 116 hijos por cada 1000 mujeres.

Sin embargo, las tasas de fecundidad en las zonas rurales se mantienen a niveles superiores y las diferencias en la intensidad son de aproximadamente un hijo entre ambas zonas. Esto responde a una de las hipótesis de la presente investigación: cómo los grupos de mayores recursos socioeconómicos pueden controlar eficientemente su fecundidad. Claramente se pudo confirmar que las mujeres rurales no presentan una fecundidad muy controlada, ya que siguen mostrando altos valores de fecundidad en edades tempranas, posiblemente debido a la carencia de acceso a la anticoncepción y de planificación familiar, y también que los métodos utilizados no sean eficaces (Bay et al., 2003; Govea Basch, 2015).

Estos resultados dan cuenta de situaciones incomprensibles sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres. Por ejemplo, de acuerdo con los datos de las ENSANUT de 2012 y 2018, Ecuador está experimentando una TGF hacia un valor por abajo a la tasa de reemplazo (2.1 hijos por mujeres en 2018); es decir que parece que las mujeres ecuatorianas están retrasando la edad de la maternidad, tanto a nivel nacional como por área de residencia. Probablemente, esto se debe a los procesos de urbanización, mayor inserción de las mujeres en la educación y en el mercado laboral que provocan cambios referentes al descenso de la fecundidad y al retardo del comienzo de la formación de la familia (CEPAL, 2008; Ortiz Ávila y Devolder, 2018; Zavala de Cosío, 2019). Sin embargo, los resultados de los calendarios de fecundidad muestran edades tempranas de la maternidad, especialmente un aumento en las mujeres adolescentes.

Siguiendo con el análisis de los niveles y tendencias de la fecundidad del caso ecuatoriana, el gráfico 10 muestra la edad mediana de la fecundidad, también conocida como edad esperada; esta estimación simboliza la edad a la que la mitad de las mujeres en edad fértil ya tuvieron a su primer hijo (Partida, 2018).

Gráfica 10. Edad mediana al primer hijo por área de residencia y nacional, 2012 y 2018

(En edades)

Año	Área de residencia	Edad mediana al primer hijo
2012	<i>Nacional</i>	20
	<i>Urbano</i>	20
	<i>Rural</i>	19
2018	<i>Nacional</i>	20
	<i>Urbano</i>	20
	<i>Rural</i>	19

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

En el gráfico 10, se evidencia que las edades medianas al primer hijo del año 2012 no cambiaron respecto de las edades medianas del año 2018. Se observa que las mujeres ecuatorianas en edad fértil tendrían a sus hijos a los 20 años exactos. Con respecto al área de residencia, los valores de este índice de fecundidad presentan una sutil variación. Por ejemplo, para las mujeres que residen en las zonas urbanas en los años 2012 y 2018, las edades medianas fueron 20 años, mientras que, para las mujeres rurales, igualmente en los mismos periodos, las edades medianas fueron 19 años. En términos generales, entre las mujeres que habitan en la zona rural, llama la atención la edad precoz a la que ya son madres en el periodo de seis años del estudio, lo cual muestra la figura de un patrón temprano de arranque de la fecundidad en grupos con un inferior nivel de evolución o más tradicionales.

Teniendo en cuenta los hallazgos presentados en las anteriores secciones, es importante estudiar la fecundidad diferencial, ya que se podría identificar a detalle el peso y la evolución de los determinantes próximos por áreas geográficas, cubriendo el período comprendido entre 2012 y 2018. Las ENSANUT de 2012 y 2018 proporcionan los datos para entender como están influyendo estos resultados y que sucede al interior de dichas poblaciones.

4.3 Estimación del modelo de Bongaarts

El propósito de esta sección es analizar los cambios en la fecundidad en Ecuador entre 2012 y 2018. Para ello, se realizó una adaptación del modelo matemático de Bongaarts (1978, 1982) a la información del país y por área de residencia, con el objetivo de evaluar dichos cambios en los determinantes próximos de la fecundidad a lo largo de este periodo. Cabe mencionar que esta técnica ha sido ampliamente utilizada en América Latina (Bay et al., 2003; Zavala De Cosío, 2010). Pese a las limitaciones del modelo, en la actualidad sigue siendo un instrumento sumamente importante para la investigación de los determinantes próximos de la fecundidad.

En primer lugar, se muestra la variedad de comportamientos que adoptan las mujeres, tanto a nivel nacional como por los diferentes contextos geográficos de Ecuador con el fin de mostrar la contribución de cada determinante próximo. En segunda instancia, se examina el efecto de cada determinante en el nivel de fecundidad. Por último, se efectúa un análisis de la aportación porcentual y absoluta de los determinantes próximos en las transformaciones de la fecundidad en los periodos de estudio. El estudio se realiza a nivel nacional y por zona de residencia urbana-rural.

4.3.1 *Patrones de nupcialidad*

La situación conyugal de las mujeres, la edad a la primera unión y la edad a la que inician su vida sexual son factores relacionados con la nupcialidad que afectan al comportamiento reproductivo. De la misma manera, la proporción de mujeres en unión, matrimonio formal o unión consensual en una sociedad, indica el grado en que la población femenina en edad reproductiva está expuesta al riesgo de quedar embarazada, si se supone que todas las relaciones sexuales ocurren dentro de la unión (Bay et al., 2003; Bongaarts, 1978). En las últimas décadas, América Latina empieza a presentar nuevos patrones de clasificación de uniones y de distribución de familias donde cada vez más mujeres presentan uniones tempranas (CEPAL, 2008; García y Rojas, 2002). En el caso ecuatoriano, los estados conyugales de matrimonio y unión libre se perpetúan, teniendo un rol significativo en el comienzo de la forma-

ción de la familia. Además, el matrimonio, sea civil o religioso, es un estado conyugal preponderante en el país andino, especialmente, es palpable según crece la edad de la población femenina en edad fértil (INEC, 2011).

Tabla 5. Ecuador: Distribución de las mujeres por estado conyugal, según el área de residencia y grupos etarios entre 2012 y 2018

(En porcentajes)

Año	Área de residencia	Grupo de población	Total	Mujeres en unión			No unidas
				Casadas	Unión consensual	Total	
2012	Nacional	20-49 años	100.00	36.92	26.52	64.12	35.88
		15-19 años	100.00	2.66	13.09	15.75	84.25
	Urbano	20-49 años	100.00	36.32	26.52	62.84	37.16
		15-19 años	100.00	2.21	14.62	16.83	83.17
	Rural	20-49 años	100.00	38.46	28.95	67.41	32.59
		15-19 años	100.00	3.57	10.04	13.61	86.39
2018	Nacional	20-49 años	100.00	31.36	32.89	64.25	35.75
		15-19 años	100.00	0.69	13.03	13.71	86.29
	Urbano	20-49 años	100.00	30.40	31.22	61.62	38.38
		15-19 años	100.00	0.39	11.19	11.59	88.41
	Rural	20-49 años	100.00	33.91	37.32	71.23	28.77
		15-19 años	100.00	1.31	16.96	18.27	81.73

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

La tabla 5 evidencia diferencias importantes de la evolución de la nupcialidad en los dos años analizados. A nivel nacional en 2012 y 2018, se observa una mayor proporción de mujeres casadas entre las edades de 20 a 49 años en comparación con las mujeres adolescentes. En 2018 crece el porcentaje de mujeres en uniones consensuales a los 20-49 años. Sin embargo, el total de mujeres en unión es constante en los dos años, excepto para las adolescentes, quienes presentan un ligero aumento de dos puntos porcentuales. A nivel nacional, no hay variaciones significativas en el porcentaje de mujeres no unidas en los dos años analizados, observándose apenas un tenue aumento de dos puntos porcentuales en la proporción de las adolescentes (15 a 19 años) no unidas, tanto a nivel nacional como en las zonas urbanas; sin embargo, disminuye a nivel rural.

A nivel de zona de residencia, se aprecian diferencias importantes con relación al comportamiento del inicio temprano de la vida conyugal de las mujeres adolescentes entre 15 a 19

años, desagregado por zona geográfica en 2012 y 2018, como se puede notar en la tabla 4. Entre las consecuencias que más llaman la atención son las adolescentes que residen en las zonas rurales, las cuales han incrementado en cinco puntos porcentuales el encontrarse en algún tipo de relación conyugal. Por lo general, las mujeres que viven en estas zonas abandonan más temprano la escuela, sus perspectivas económicas y de salud son precarias, y también incrementa el riesgo al embarazo adolescente (Quilodrán, 1983; A. Rodríguez y Meneles, 2011). Se podría además creer que, en el caso ecuatoriano, y sobre todo entre las adolescentes, el matrimonio o la unión consensual pueden ser inducidos por el embarazo, debido a que es probable la exposición a la actividad sexual prenupcial (Neal et al., 2015).

En suma, en el año 2018 hay una mayor proporción de las uniones consensuales, transformadas probablemente en el futuro en uniones más sólidas y formales. Lo precedente involucra que, tanto en América Latina como en Ecuador, “las pautas de nupcialidad apuntan a maximizar el potencial reproductivo” (Guzmán et al., 1989, p. 60), mientras que el estado conyugal de la unión es ampliamente dominante a medida que aumenta la edad de las mujeres (García y Rojas, 2002). Cabe subrayar que uno de los factores más importantes de la fecundidad es la edad de inicio de la unión ya que es una aproximación del periodo de exposición al embarazo (División de Población, 2002). A continuación, se muestran los patrones de los diferentes factores de la nupcialidad.

Tabla 6. Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según regiones de residencia entre 2012 y 2018

(En edades)

Año	Área de residencia	Edad mediana a la primera	
		Unión	Relación sexual
2012	Nacional	19.00	18.00
	Urbano	20.00	18.00
	Rural	19.00	17.00
2018	Nacional	19.00	18.00
	Urbano	20.00	18.00
	Rural	19.00	17.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

Como se puede notar en la tabla 6, el país andino no muestra cambios en las edades de su primera unión e inicio de la vida sexual entre 2012 y 2018; sin embargo, se evidencia que hay diferencias importantes por zona geográfica. La edad mediana a la primera unión es un índice que tiene influencia en las modificaciones de los patrones de la nupcialidad. Se tiene 19 años como edad mediana a la primera unión en el área rural en los dos periodos analizados, mientras que las mujeres urbanas arrancan su vida marital con aproximadamente un año más de edad. Esto da cuenta de que posiblemente existen nuevas formas de cohabitación y un aumento de nacimientos fuera de las uniones maritales tradicionales (García y Rojas, 2002).

Por otra parte, el inicio de la primera actividad sexual antes de la unión o matrimonio se presenta a una edad menor que la de inicio de la primera unión; esto es evidente en la zona rural, en la cual el transcurso de tiempo entre la edad del inicio de la vida sexual y la de la inicial unión es de 2 años. Cabe mencionar que, por área urbana, el comienzo de la vida sexual igualmente precede por un margen de dos años a la unión y que es de un año a nivel nacional (tabla 6). Por tanto, la edad de la primera relación sexual es un componente determinante en la exposición al riesgo de embarazo y posiblemente en los niveles exhibidos de fecundidad adolescente.

El estudio por área de residencia muestra un ligero cambio en la edad de entrada a la primera unión según el área de residencia. Es evidente que las mujeres rurales presentan una nupcialidad más temprana y un tenue aumento en la intensidad de esta variable, seguido de la actividad sexual que también es un componente determinante en la exposición al riesgo de embarazo. A través de estas estimaciones se sabe que la edad mediana de la primera unión y nacimientos en Ecuador es joven, estable a lo largo del periodo de análisis y que no jugó un rol significativo en el descenso de la fecundidad. El país andino conserva patrones de edades tempranas de unión. Estos patrones concuerdan con el caso mexicano, analizado con datos retrospectivos, que tampoco ha retrasado la entrada a la unión conyugal ni la entrada a la vida reproductiva, alrededor de los 20 años de edad para los dos eventos (Zavala de Cosío, 2011).

Con respecto a la edad mediana a la primera relación sexual, es importante analizarla; anti-guamente, se creía que la edad a la primera unión marital era el paso a la iniciación de la vida sexual de las mujeres y en seguida al riesgo de embarazo (CEPAL, 2008). No obstante, en

los datos de la tabla 5 se observa que hay cambios en estos patrones, ya que se evidencian edades medianas tempranas de mujeres sexualmente activas anteriores a la unión conyugal. Cabe recordar que de acuerdo con la información de las ENSANUT 2012 y 2018, hay una variación en las estimaciones, donde la edad a la primera relación sexual se origina 2 años antes que la primera unión tanto a nivel urbano como rural y 1 año antes a nivel nacional (tabla 6).

4.3.2 Uso de anticonceptivos

De acuerdo con la revisión de la literatura sobre la transición demográfica en América Latina, que se caracteriza por experimentar cambios en las poblaciones de altas tasas a bajas tasas de natalidad y mortalidad (Cassio and Bernardo, 2009; Narro and Moctezuma, 2001; Rodríguez Wong et al., 2000), uno de los factores que contribuyó al declive de la fecundidad fue el uso de tecnología médica, especialmente el uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces (Caldwell, 1977; Miró and Mertens, 1969; Zavala de Cosío, 1988). En algunos países de Latinoamérica como Cuba, el cual presenta baja fecundidad, se debe a la prevalencia del uso de estos métodos (Bay et al., 2003, p. 14).

Tabla 7. Proporción de mujeres actualmente casadas o unidas, según uso de métodos anticonceptivos. Nacional y por zonas. 2012 y 2018

(En porcentajes)

Año	Métodos	Nacional	Urbano	Rural
2012	Métodos modernos	Prop.	Prop.	Prop.
	Esterilización femenina	34.54	34.58	34.44
	Norplant	6.15	5.64	7.49
	Inyectable	11.59	11.15	12.75
	Pastillas ^a	11.98	11.19	14.07
	DIU	5.43	5.74	4.63
	Condón	5.80	6.37	4.33
	Otros	0.45	0.49	0.34
	Métodos tradicionales			
	Ritmo o calendario	5.12	5.22	4.84
	Uso de métodos anticonceptivos			
	No	18.93	19.62	17.11
Sí	81.07	80.38	82.89	
2018	Métodos modernos	Prop.	Prop.	Prop.
	Esterilización femenina	30.82	31.83	28.40
	Norplant	9.66	8.13	13.32
	Inyectable	16.11	14.80	19.24
	DIU	11.34	11.09	11.92
	Pastillas ^a	3.43	3.77	2.62
	Condón	5.58	6.26	3.95
	Otros	0.63	0.79	0.26
	Métodos tradicionales			
	Ritmo o calendario	3.98	4.57	2.57
	Uso de métodos anticonceptivos			
	No	18.45	18.75	17.73
Sí	81.55	81.25	82.27	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

^a Incluye pastilla anticonceptiva y píldora del día después.

Según Welti (1998), los métodos para evitar la gestación se clasifican en modernos (los dispositivos intrauterino DIU, el condón, las pastillas anticonceptivas, las inyecciones, la esterilización femenina, masculina y el diafragma) y tradicionales (la abstinencia voluntaria, el retiro, las hierbas, entre otros). Para Ecuador, según los datos de las ENSANUT de 2012 y

2018, se observan discrepancias sustanciales en las particularidades del uso de la anticoncepción. La proporción de mujeres unidas que utilizan métodos anticonceptivos fue un poco menor en el periodo 2012 (81.07%) que en el periodo 2018 (81.55%), tal como se presenta en la tabla 6. Con respecto al área de residencia, se observa que las mujeres rurales presentan una mayor prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en 2012, en comparación con 2018. Mientras que las mujeres urbanas presentan una mayor prevalencia del uso de la anticoncepción en 2018, en comparación con 2012 (tabla 7).

Cabe mencionar que existen variaciones entre las estimaciones de las ENSANUT y las proyecciones de Naciones Unidas sobre el uso de la anticoncepción en las mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad; posiblemente se debe a la calidad de los datos de las encuestas, así como el tratamiento o corrección de los datos de las proyecciones poblacionales. Sin embargo, se hace uso de los datos de la ENSANUT, ya que actualmente no hay otras estimaciones o proyecciones desagregadas por área de residencia (véase el anexo 5).

En la misma tabla 7, se evidencian diferencias importantes en el uso de métodos anticonceptivos. En el año 2012, a nivel de todo el país, los métodos que usan las mujeres actualmente unidas o casadas corresponden a métodos modernos; la esterilización femenina, las pastillas anticonceptivas y las inyecciones constituyen el 34.54%, 11.98% y 11.59% respectivamente del aumento. Llama la atención los valores un poco más altos de uso de anticoncepción moderna de las mujeres rurales con respecto a las urbanas: presentan diferencias de 2.08% en las pastillas anticonceptivas, 1.34% en implante y 1.16% en las inyecciones respectivamente (tabla 6).

A nivel nacional, en el año 2018, se observa que las proporciones más grandes del uso de métodos anticonceptivos, por parte de las mujeres actualmente casadas o unidas, fueron para la esterilización femenina, inyectables y DIU (considerados como métodos modernos), que constituyen el 30.82%, 16.11% y 11.34% respectivamente. Las zonas urbanas también presentan proporciones significativas del uso de dichos métodos modernos (esterilización femenina, inyectable y DIU), que corresponden a los valores de 31.83%, 14.80% y 11.09% respectivamente. Mientras que en el área rural se registran menores proporciones de mujeres que utilizan la esterilización femenina, es decir 28.40%. Sin embargo, en la misma zona se

reconocen mayores proporciones de mujeres que usan otros métodos anticonceptivos modernos, o sea 19.24% para los inyectables, 13.32% para el Norplant y 11.92% para el DIU (tabla 6).

Se puede apreciar que existen discrepancias en el uso de cada método anticonceptivo entre las zonas urbanas y rurales, aunque en ambas zonas predomina el uso de métodos modernos. Otro descubrimiento que llama la curiosidad es que la proporción de mujeres rurales que usan métodos anticonceptivos tradicionales es mayor en 2012 que en 2018. Cabe mencionar que el elevado uso de métodos anticonceptivos probablemente se debe a que en la actualidad hay la presencia de programas de planificación familiar del gobierno ecuatoriano, que ha impulsado diferentes campañas para la accesibilidad de la anticoncepción de métodos modernos, según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017, 2021). Esto con el fin de lograr cambios en las aspiraciones sobre el tamaño de la familia; sin embargo, aún se evidencian discrepancias marcadas en el uso de métodos modernos y tradicionales por zonas geográficas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “considera la proporción de efectividad del 93.0% como la media del uso de los métodos anticonceptivos más utilizados (píldoras, inyecciones y condón)” (OMS, 2020, p. 5). De acuerdo con los resultados de la tabla 7, se evidencia el uso limitado de métodos tradicionales (ritmo o calendario y coito interrumpido), que no son tan efectivos para prevenir el embarazo como los métodos modernos (Anexo 6).

4.3.3 Infecundidad posparto

Otro de los factores que afecta a la fecundidad es la lactancia, la amenorrea y la abstinencia posparto. González Galbán, Palma y Montes (2007) mencionan que “estos determinantes retrasan un próximo embarazo posteriormente del nacimiento de un hijo” (p. 228), de modo que estos elementos son cruciales en la etapa de infertilidad posteriormente del nacimiento de un hijo. Asimismo, es llamado como infertilidad posparto (Bongaarts, 1978; División de Población, 2002).

Cabe mencionar que, en la década de los 80, la región andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) tenía arraigada la noción de que la alimentación con leche materna es sustancial para el desarrollo de los infantes, además de contribuir a su fortalecimiento (Camino, 1995; OAS,

2020). Por tanto, la lactancia en estos países se extendía hasta que el niño(a) cumpliera un año y medio. En algunos casos como en Perú, hay infantes que son alimentados solamente con leche materna hasta los tres e incluso cuatro años de edad (Ortiz Martínez, 2003; Rivera Araujo, 1993).

Tabla 8. Duración media de las variables que determinan la infecundidad posparto. Nacional y por zonas. 2012 y 2018

(En meses)

Año	Área de residencia	Amenorrea posparto	Abstinencia sexual posparto	Período no susceptible
2012	<i>Nacional</i>	8.00	2.10	8.50
	<i>Urbano</i>	7.60	2.10	8.00
	<i>Rural</i>	9.20	2.00	9.50
2018	<i>Nacional</i>	8.30	2.38	8.73
	<i>Urbano</i>	8.07	2.42	8.44
	<i>Rural</i>	8.65	2.31	9.18

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

El análisis de la duración media de la amenorrea posparto, la abstinencia sexual posparto y el período de no susceptibilidad de riesgo a embarazo (en meses) entre las mujeres en unión marital indica que estas prácticas posparto presentan una duración mayor que en otras regiones de América Latina; además existe una variación moderada por área de residencia (Guzmán et al., 1989; Insfrán, 1990). De acuerdo con la información de las ENSANUT 2012 y 2018, el tiempo promedio total de la amenorrea varía de 7.8 meses en la zona urbana a 8.9, meses en la zona rural. Asimismo, durante los dos periodos de análisis, la duración media de la abstinencia sexual posparto varía de 2.3 meses, en promedio, en la zona urbana a en promedio 2.2 meses en la zona urbana. Estas duraciones se traducen en períodos relativamente largos de no susceptibilidad después del parto, particularmente en los países andinos. A nivel nacional, el tiempo del período de amenorrea pasa de 8.0 meses en 2012 a 8.3 en 2018, mientras la duración de la abstinencia sexual posparto pasa de 2.1 meses en 2012 a 2.4 en 2018. Por tanto, se observa un incremento con respecto a los tiempos obtenidos entre los seis años de análisis.

Los resultados de las ENSANUT 2012 y 2018 para el total del país muestran un leve aumento de meses en la no susceptibilidad posparto (tabla 8). Con respecto al comportamiento de esta variable por área geográfica de las mujeres en edad reproductiva, se evidencia que hay un aumento en las zonas urbanas; sin embargo, se presenta un descenso tenue en las rurales. Posiblemente este descenso se debe a las variaciones en el modo de vida y el imperativo de insertarse en el sistema educativo y laboral (Bay et al., 2003; Guzmán et al., 1989; Salazar, 2003). De acuerdo con Díaz Soledad (2010) menciona que “pueden interferir con el amantamiento y la periodicidad de succión que es vital para conservar la amenorrea y la infertilidad posparto” (p. 1).

4.3.4 Efecto de los determinantes próximos en el nivel de fecundidad en Ecuador y área de residencia entre 2012 y 2018

En los análisis anteriores se expusieron los patrones de las dimensiones de la fecundidad de la población femenina ecuatoriana, el presente apartado muestra el efecto de cada determinante próximo en la explicación de las discrepancias por contextos geográficos de la fecundidad.

En la tabla 9 se muestra el producto de la aplicación del modelo de Bongaarts utilizando la información disponible de las dos últimas encuestas demográficas de fecundidad que tiene Ecuador. Como se explica en la metodología de la estimación del modelo, los índices pueden variar de cero a uno, los valores más próximos a cero indican mayor inhibición de la fecundidad, ya que un indicador representa en proporción el efecto reductor que produce sobre la fecundidad del modelo (Bongaarts, 1978).

Tabla 9. Índices de los determinantes próximos de la fecundidad. Nacional y por zonas. 2012 y 2018

Índices	2012			2018		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
C_m (Nupcialidad)	↓ 0.38	↓ 0.38	↑ 0.37	↑ 0.38	↑ 0.35	↓ 0.45
C_e (Anticoncepción)	↓ 0.17	↓ 0.18	↑ 0.14	↓ 0.17	↓ 0.17	↑ 0.15
C_i (Infertilidad posparto)	↓ 0.74	↓ 0.75	↓ 0.71	↓ 0.73	↓ 0.74	↓ 0.72
Fecundidad potencial máxima	15.30	15.30	15.30	15.30	15.30	15.30
TGF prevista	0.72	0.78	0.58	0.72	0.69	0.75
TGF observada	2.99	2.89	3.24	2.19	2.06	2.52
Diferencias en las TGF	-2.27	-2.11	-2.66	-1.48	-1.36	-1.78

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

Nota: Cabe mencionar que el índice de aborto no pudo ser estimado y se asumió como uno debido a la falta de disponibilidad de datos sobre este tema.

Con respecto a la lectura de la tabla, teniendo en cuenta la definición de la metodología del modelo de Bongaarts, las flechas de color verde indican los mayores efectos de inhibición a nivel nacional y por área de residencia. Mientras que las flechas de color rojo indican el efecto contrario.

En la sección anterior se ha analizado que la mayor parte de las mujeres en edad reproductiva están en alguna tipología de unión conyugal, tanto a nivel nacional como por área de residencia, aunque existen diferencias destacables entre éstas. A continuación, se presentan los resultados del primer índice de nupcialidad.

El primer determinante próximo estimado es el efecto de las pautas de unión o matrimonio sobre la fecundidad potencial, en otras palabras, el número máximo de hijos que logra poseer una mujer (Bongaarts, 1982). Así, el análisis del índice de nupcialidad (C_m) indica que hay una estabilidad de 0.38 a nivel nacional entre los años analizados; lo que significa que el efecto inhibitorio de la unión conyugal de las mujeres ecuatorianas es de 62%¹⁷. Sin embargo, por área de residencia se observa que existe variación entre 2012 y 2018. El C_m más significativo de la nupcialidad se registra en la zona urbana (0.35) en 2018. Cabe destacar que esta zona presenta un porcentaje de mujeres unidas respectivamente menor en contraste a la zona

¹⁷ Si no se toma en cuenta la unión conyugal, el indicador sería 1, o sea que 100% de las mujeres tendrían fecundidad marital. Esto provocaría un aumento de 62% de la fecundidad potencial.

rural y entre los dos periodos de análisis. Llama la atención como ha cambiado el efecto de la unión (C_m) en el área rural que ha pasado de 0.37 en 2012 a 0.45 en 2018; esto quiere decir que en 2018, el efecto inhibitor de la unión en la fecundidad potencial es más bajo (55%).

En gran medida, el efecto inhibitor de la nupcialidad es relativamente alto tanto a nivel nacional como por áreas, lo que refleja un peso significativo en la reducción de la fecundidad potencial. Sin duda se debe a que la mayor parte de las mujeres ecuatorianas que residen en estas zonas tiene una preferencia significativa por la unión conyugal.

Varios estudios en América Latina (García y Rojas, 2002; Rosero Bixby, 1992; Spijker et al., 2012) demuestran que, en la región, los nacimientos se producen dentro de las uniones. Por tanto, las mujeres que se encuentran unidas están mayormente expuestas a la actividad sexual y por tanto al riesgo de embarazo. En Ecuador todavía hay evidencia de mujeres que han tenido una entrada casi inmediata a la unión a edades tempranas; posiblemente esto se debe a las normas culturales que prevalecen en la sociedad, ya que las madres sin esposos siguen siendo estigmatizadas (García y Rojas, 2002).

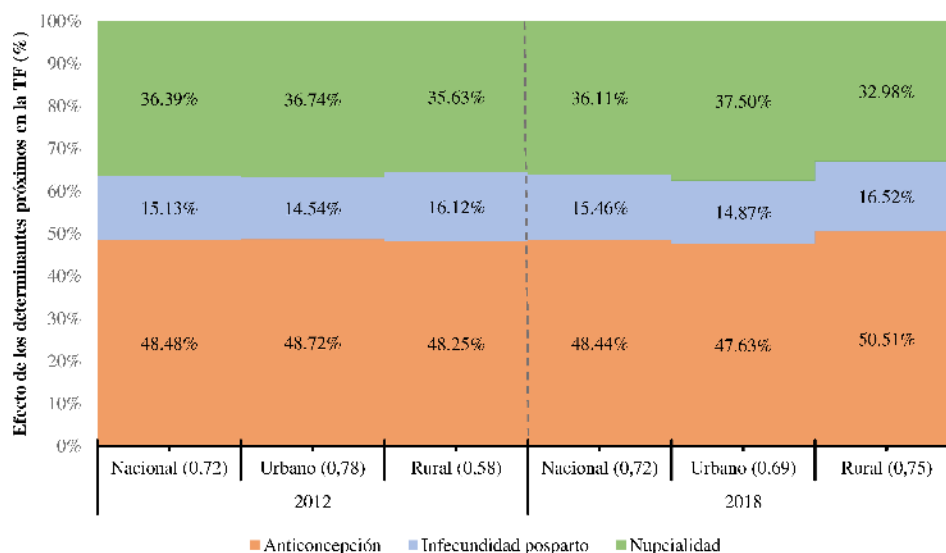
Al analizar el índice de uso de métodos anticonceptivos (C_c) se observa que hay una alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, tanto a nivel nacional como en las zonas urbanas. Por tanto, se esperaría que el efecto del descenso en la fecundidad debido al uso de métodos anticonceptivos sea alto. Los resultados de la tabla 8 muestran que, entre 2012 y 2018, el índice de anticoncepción presenta valores mínimos de 0.15 en la zona rural y valores máximos de 0.18 en las zonas urbanas. Es decir, el efecto inhibitor mayormente significativo que presenta el uso de la anticoncepción en la fecundidad potencial se reconoce en las áreas rurales en 2012 (86%); y el efecto más bajo se evidencia en las zonas urbanas en 2018 (83%). A nivel nacional, la fecundidad potencial de las mujeres ecuatorianas entre 2012 y 2018 se reduce más del 80% debido a la práctica anticonceptiva; esta cifra se encuentra en los estándares de otros países de América Latina (Bay et al., 2003; Welti, 1998).

Con respecto al índice de lactancia (C_i) se evidencia que presenta valores cercanos a uno, lo que indica una influencia menor de la no susceptibilidad posparto en la reducción de la fecundidad; por tanto, este índice no presenta un efecto significativo en la limitación de la fecundidad.

Por último, el producto de los índices presentados en la tabla 8 y de la fecundidad potencial, en este caso máximo biológico fue de 15.3 nacimientos a lo largo de la vida de una mujer (Bongaarts, 1978), dan como resultado la fecundidad prevista. Cabe recordar que de acuerdo con Bongaarts (1978), la fecundidad prevista corresponde a la multiplicación de los tres determinantes próximos estimados y de la fecundidad potencial. Se evidencia que, a pesar de ser un corto periodo de análisis, hay una brecha cada vez mayor entre las tasas de fecundidad previstas y observadas (desde -2.27 en 2012 hasta -1.48 en 2018).

A continuación, la gráfica 11 proporciona una visión más clara de los resultados desarrollados en las anteriores secciones. Se presentan los efectos de cada determinante próximo en la reducción de la tasa de fecundidad total o fecundidad potencial, es decir el máximo biológico de 15.3 hijos por mujer.

Gráfica 11. Efecto de los determinantes próximos en la fecundidad total. Nacional y por zonas. 2012 y 2018



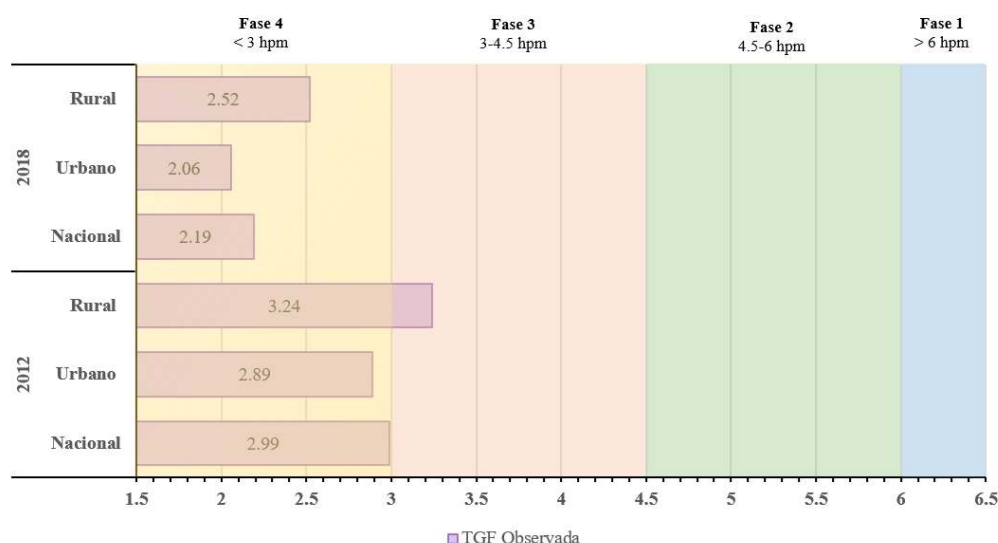
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

Nota: En la leyenda de las áreas geográficas se incluye, entre paréntesis, la TGF prevista.

La gráfica 11 ilustra la contribución en términos relativos de cada determinante próximo a la reducción de la fecundidad potencial de las mujeres ecuatorianas, según la zona de residencia y a nivel nacional. La mayor contribución a la reducción de la fecundidad, tanto para el año 2012 como 2018, fueron las mujeres que usan algún tipo de método anticonceptivo, moderno o tradicional (referido como anticoncepción en la gráfica 11) y la nupcialidad. Es así que, a nivel nacional, la anticoncepción representó una reducción en promedio de 48.5% respecto a su máximo nivel biológico de 15.3 hijos por mujer en los dos años de estudio. Asimismo, en las zonas rurales, se observa que la misma variable presenta mayores efectos de reducción de fecundidad potencial. La nupcialidad representó una reducción en promedio de 36.2%, mientras que la infecundidad posparto representó una reducción en promedio de 15.3%, igualmente para los dos años de análisis. Asimismo, la fecundidad total expone el ligero contraste que existe entre las zonas. Ante todo, se puede corroborar que la anticoncepción es el determinante con mayor efecto inhibitor en la disminución de la fecundidad potencial en Ecuador entre 2012 y 2018.

A continuación, en la gráfica 12 se muestran las diferentes fases de la transición de la fecundidad en la cual se ubica el país andino y también el área de residencia de acuerdo con respecto a la Tasa Global de Fecundidad observada en los dos años de estudio, de acuerdo con el trabajo de Bongaarts y Potter (1983), donde los autores precisan cuatro fases de transición de la fecundidad. Cabe especificar que las poblaciones que se hallan en la etapa uno muestra un nivel de fecundidad cercana a la natural; en cambio las poblaciones que se encuentran en la etapa cuatro han consumado el proceso de transición de la fecundidad (Ross et al., 1986).

Gráfica 12. Fases de la transición de la fecundidad a nivel nacional y por área de residencia entre 2012 y 2018



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018 e información de Bongaarts y Potter (1983).

*hpm: corresponde a hijos por mujer.

En 2012 se puede observar en la gráfica 12 que, de acuerdo con la TGF observada, Ecuador se sitúa en la cuarta etapa de la transición de la fecundidad (menor a tres hijos por mujeres). Con respecto al área de residencia se aprecia que solamente las mujeres que residen en zonas rurales se encuentran en la fase tres, desde luego hay diferencias en los niveles de fecundidad. En comparación con el año 2018, se observa que tanto a nivel nacional como en las zonas urbanas y rurales las mujeres han completado una parte de dicha transición.

En consideración a la revisión empírica de las secciones anteriores, sobre la evolución de la fecundidad de las proyecciones poblacionales, se podría aseverar que en los próximos períodos el país andino seguirá disminuyendo los niveles de fecundidad; esto quiere decir que efectivamente la tasa de reemplazo llegaría a niveles bajos, tanto a nivel nacional como por área de residencia. No obstante, todavía el camino es largo, ya que se necesita satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y de planificación familiar de la población femenina, la entrada a la educación y a la fuerza de trabajo en condiciones adecuadas, entre otros factores.

Cabe mencionar que, para los datos de aborto, en el cuestionario de la ENSANUT existe la variable de embarazo interrumpido. Sin embargo, esto incluye nacimientos muertos y abortos espontáneos. Como tal, determinar las cifras reales de aborto resultó impreciso debido a las dificultades para aislar los datos de aborto provocado; por lo tanto, en los cálculos el índice de aborto se estableció en 1 para indicar la ausencia de estos datos. Con base en esta información, se calculó la fecundidad potencial y los valores de cada determinante próximo en la evolución de la fecundidad de la Tasa Global de Fecundidad prevista, lo cual se muestra a continuación. Sin embargo, la ausencia de datos precisos sobre los abortos sesga los resultados, en una proporción que no podemos estimar a falta de evaluaciones precisas sobre este tema en Ecuador.

4.3.5 Aportación de los determinantes próximos en la evolución de la fecundidad en Ecuador, según el área de residencia entre 2012 y 2018

En esta sección, se analizan los cambios en los niveles de los determinantes próximos de la fecundidad de acuerdo con los dos años de estudio. La aplicación del modelo de Bongaarts (1978, 1982) permite una comprensión de los factores biológicos y de comportamiento que subyacen a la transformación de la fecundidad. El propósito es observar cuáles son los determinantes que han contribuido de carácter explicativo a los cambios de la fecundidad a lo largo de 2012 y 2018. Los resultados revelan que la fecundidad ha disminuido en términos relativos en 1% (0.84%) (tabla 10). Principalmente este descenso se debe a un aumento sustancial debido a la anticoncepción en los dos años, lo que ha provocado un incremento de 0.84% de la fecundidad entre las dos encuestas; en términos absolutos esto quiere decir un aumento de 0.02 hijos por mujeres.

Cabe destacar que el análisis se realiza tanto a nivel nacional como por zona de residencia con el fin de analizar la variación de la fecundidad. Las estimaciones se conciben inspiradas en el estudio de Bongaarts y Potter (1983) y las ecuaciones traducidas del inglés al español del trabajo: “Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en Haití. Aportación de un análisis multinivel”, de Joseph Junior Pierre (2016). A continuación, se presenta el procedimiento para estimar la variación en la TGF de los años de estudio.

$$P_f = P_m + P_c + P_i + P_r + I$$

$P_f = \frac{TGF(2018)}{TGF(2012)} - 1$: Variación proporcional en la TGF entre 2012 y 2018;

$P_m = \frac{C_m(2018)}{C_m(2012)} - 1$: Variación proporcional en la TGF de 2012 y 2018 de acuerdo con el cambio en la proporción de mujeres en unión.

$P_c = \frac{C_c(2018)}{C_c(2012)} - 1$: Variación proporcional en la TGF de 2012 y 2018 de acuerdo con el cambio en la proporción de mujeres que usan anticoncepción;

$P_i = \frac{C_i(2018)}{C_i(2012)} - 1$: Variación proporcional en la TGF en el año de acuerdo con el cambio en la duración de la lactancia y de la abstinencia sexual postparto;

$I = P_f - (P_m + P_c + P_i + P_r)$: Es un factor de interacción entre los dos años¹⁸.

En la tabla 10 se encuentra el desglose de la variación de la TGF, según el área de residencia entre los dos años de estudio, así como la aportación proporcional y absoluta de los determinantes próximos. Cabe mencionar que la variación absoluta se consigue al potenciar la variación proporcional del índice por la TGF del año preliminar, que para este caso es 2012. En la misma tabla 10 se revelan los impactos de los determinantes próximos de la fecundidad con respecto a las zonas de residencia. Para las mujeres urbanas se ha registrado el descenso más significativo de la fecundidad durante los dos periodos analizados con una reducción de aproximadamente 11%, es decir, en términos absolutos el equivalente a 0.08 hijos por mujer. Mientras que para las mujeres rurales ha aumentado su fecundidad en aproximadamente 28% que es equivalente a 0.02 hijos por mujer.

El efecto de la nupcialidad influyó en la caída de la fecundidad en aproximadamente 8% entre las mujeres urbanas, en el transcurso del período 2012-2018. Sin embargo, las mujeres que habitan en las áreas rurales presentaron un aumento de 21% de la fecundidad, es decir, en términos absolutos un incremento de 0.15 hijos por mujer. Resultados similares obtuvo

¹⁸ En la tabla 10 no se incluyen los valores de las interacciones, ya que son valores muy pequeños.

Estrella (1999) que encontró que la nupcialidad tenía un efecto significativo sobre la fecundidad.

Con respecto a la anticoncepción, los hallazgos mostraron que ha desempeñado un rol relevante, debido a que la fecundidad ha disminuido de 0.83% a nivel nacional y 1.88% en el área urbana (tabla 10). Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en Paraguay, donde la anticoncepción tuvo los mayores efectos inhibidores de la fecundidad (Insfrán, 1990). El efecto de la anticoncepción, teniendo en cuenta las zonas de residencia, también siguió siendo el más importante. Esto se puede atribuir al alto uso de métodos anticonceptivos, ya que el 81.31%, en promedio, de las mujeres ecuatorianas usan anticonceptivos en 2012 y 2018 (tabla 10). Asimismo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos es casi universal, con alrededor del 93% de las mujeres que conocen algún método (INEC, 2018). Dicho efecto podría atribuirse a un uso amplio de anticonceptivos entre las mujeres casadas urbanas en Ecuador, donde alrededor del 90% de las mujeres casadas han usado al menos una forma de anticoncepción moderna (INEC, 2019). Los métodos modernos más comunes incluyeron la esterilización femenina, la pastilla anticonceptiva y los inyectables, lo cual sugiere que los métodos de planificación familiar dirigidos a mujeres casadas pueden tener un gran impacto en la reducción de la fecundidad.

Los resultados también mostraron que la infecundidad posparto presenta un comportamiento diferencial entre las dos zonas de residencia. Por ejemplo, en la zona rural influyó en el aumento de la fecundidad entre los dos años (1.15%), mientras que en la zona urbana influyó con 1.64% en la reducción de la fecundidad. Estos resultados son similares a los de Bolivia (Guzmán et al., 1989) y de México (González et al., 2007), donde se encontró que la infecundidad posparto en las zonas urbanas tenía un efecto inhibidor menor sobre la fecundidad. Aunque la lactancia materna prolongada y la abstinencia posparto no son universales en Ecuador, por lo general desempeñan un papel en el espaciamiento de los nacimientos y la reducción de la fecundidad total (INEC, 2011). Esto sugiere que la lactancia materna prolongada posee el potencial de apoyar a la disminución de la fecundidad. En algunos países andinos, se encontró que, en ausencia de lactancia después de que se reanuda la menstruación, aumenta el riesgo de concepción (Guzmán et al., 1989; Ortiz Martínez, 2003). En un estudio realizado en la India, Singh, Suchindran y Singh (1993) sugirieron que la lactancia materna

después de que se reanuda la menstruación juega un papel importante en los determinantes próximos para reducir la fecundidad (Singh et al., 1993). Por lo tanto, se puede inferir que la promoción de la lactancia materna universal entre las mujeres podría contribuir significativamente a reducir la fecundidad.

Tabla 10. Desglose de la Tasa Global de Fecundidad en Ecuador, según el área de residencia entre 2012 y 2018¹⁹

Área de residencia	TGF	prevista	Contribución	TGF	
	2012	2018	$P_m = \frac{C_m(2018)}{C_m(2012)} - 1$	% de cambio en TGF	Cambio abs en TGF (hpm)
Nacional	0.72	0.72	-0.01	-0.84	-0.01
Urbano	0.78	0.69	-0.11	-11.06	-0.08
Rural	0.58	0.75	0.28	27.98	0.20

Área de residencia	TGF	prevista	Contribución	Nupcialidad	
	2012	2018	$P_f = \frac{TGF(2018)}{TGF(2012)} - 1$	% de cambio en TGF	Cambio abs en TGF (hpm)
Nacional	0.38	0.38	0.01	0.84	0.01
Urbano	0.38	0.35	-0.08	-7.85	-0.06
Rural	0.37	0.45	0.21	20.98	0.15

Área de residencia	TGF	prevista	Contribución	Anticoncepción	
	2012	2018	$P_c = \frac{C_c(2018)}{C_c(2012)} - 1$	% de cambio en TGF	Cambio abs en TGF (hpm)
Nacional	0.17	0.17	-0.01	-0.83	-0.01
Urbano	0.18	0.17	-0.02	-1.88	-0.01
Rural	0.14	0.15	0.05	4.58	0.03

Área de residencia	TGF	prevista	Contribución	Infecundidad postparto	
	2012	2018	$P_i = \frac{C_i(2018)}{C_i(2012)} - 1$	% de cambio en TGF	Cambio abs en TGF (hpm)
Nacional	0.74	0.73	-0.01	-0.85	-0.01
Urbano	0.75	0.74	-0.02	-1.64	-0.01
Rural	0.71	0.72	0.01	1.15	0.01

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.

¹⁹ Cabe subrayar que las estimaciones con valores negativos del cambio proporcional muestran la disminución de las dimensiones analizadas en el marco de los dos años estudiados, es decir es el aumento de sus efectos inhibidores en la fecundidad. Con respecto a los valores negativos del cambio absoluto figura el número de hijos por mujer, también muestran el declive de la fecundidad que se debe a la diferenciación de los índices analizadas en contraste con los valores positivos que figuran todo lo contrario.

Finalmente, la fecundidad apunta a ser superior en las áreas rurales que en las urbanas. El área de residencia presentó un fuerte efecto sobre la fecundidad al influir en los comportamientos y mentalidades de las mujeres en edad fértil (Olaya y Garma, 1989; Zeidenstein, 1979). Posiblemente, esto se debe a que las mujeres que viven en las zonas rurales pueden desear familias más grandes para asegurarse de que alguien les ayude con las actividades domésticas, agrícolas y les brinde seguridad financiera en la vejez (Chackiel and Schkolnik, 2003; Quilodrán, 1983), mientras que las mujeres de las áreas urbanas empiezan a restringir su fecundidad hasta llegar a valores por debajo de la tasa de reemplazo, debido a los costos asociados con la maternidad. Vivir en una zona urbana puede cambiar los valores de las mujeres al estar expuestas al sector moderno de la salud, la planificación familiar y actitudes más occidentales (Páez y Zavala, 2017; Quilodrán, 1983). En líneas generales, es sustancial recalcar que el área de residencia es considerada como un elemento impactante en la instauración de las pautas de fecundidad entre las mujeres ecuatorianas.

5. PERCEPCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Los resultados cuantitativos mostrados anteriormente son valiosos ya que se logró estimar los determinantes de la fecundidad que estadísticamente predisponen a las mujeres ecuatorianas para conocer los cambios en los comportamientos reproductivos. Cabe recordar que los resultados cuantitativos muestran que la nupcialidad y la anticoncepción son los dos determinantes próximos con mayor influencia sobre la fecundidad. Sin embargo, dicha información no permite entender y profundizar cualitativamente en las percepciones, motivaciones y maneras de especular que las acarrearón a formar esa clase de comportamiento en la actualidad.

El objetivo del apartado es tratar la parte metodológica y suplementar la información que se ha conseguido instaurar en el progreso del capítulo analítico. Este capítulo forma parte de un estudio cualitativo más amplio que propone una aproximación a las características de las mujeres entrevistadas, en el cual se lograron identificar algunos antecedentes personales, familiares y los elementos que incidieron en sus nuevas actitudes frente la reproducción, a través de los grupos focales como herramienta cualitativa para recopilar información en general de las mujeres jóvenes en edad fértil.

En el repaso y el estudio de las entrevistas que se muestran más adelante se aspira describir las percepciones y evoluciones de las dimensiones (nupcialidad y anticoncepción) de la fecundidad de un grupo de mujeres. Se centró en estos dos determinantes por ser los que más contribuyen a los cambios de la fecundidad desde su máximo biológico de acuerdo con los cálculos del modelo de Bongaarts. Cabe mencionar que la presente investigación se inspira en la estrategia metodológica y la experiencia pedagógica de algunos trabajos: “Madres en la universidad: una exploración a las trayectorias educativas y cursos de vida de las estudiantes de la UAM-A”, de Arvizu Reynaga Alma Vanessa (2016), “El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México” de Campero Lourdes, Kendall Tamil, Caballero Marta, Mena Ana y Herrera Cristina (2010), y “Análisis cualitativo y cuantitativo del embarazo adolescente a nivel nacional”, de Pérez Baldeón Guadalupe Fabiola (2001).

En primer lugar, las entrevistas se refieren a las percepciones de la fecundidad para conocer las aspiraciones de concepción y los cambios generacionales de los diferentes tipos de familias de las mujeres entrevistadas, lo cual contribuye con elementos significativos sobre su dirección e intensidad. La segunda parte está dedicada a otra cuestión central que es parte de los determinantes próximos de la fecundidad, ya que se relaciona con las decisiones y aspiraciones de la nupcialidad de las mujeres jóvenes. Por último, se aborda el tema de las experiencias de las mujeres respecto a la anticoncepción.

Cabe recordar que en la presente investigación se utiliza información proveniente de dos grupos focales con mujeres en edad fértil, estudiantes del cuarto semestre de la carrera de Estadística de la Universidad Central del Ecuador (UCE); cabe mencionar que la Universidad se encuentra en la ciudad capitalina de Quito. El primer grupo estuvo conformado por doce mujeres jóvenes entre 20 a 29 años y el segundo por dieciséis mujeres jóvenes entre 20 a 26 años. A través de los grupos focales, y en base a las preguntas sobre las dimensiones de la fecundidad se formaron categorías y subcategorías que permiten construir las tipologías de análisis. Es preciso señalar que la propuesta metodológica que ha alimentado a esta investigación se inspira en la tesis “Madres en la universidad: una exploración a las trayectorias educativas y cursos de vida de las estudiantes de la UAM-A”, de Arvizu Reynaga Alma Vanessa, 2016.

¿Por qué las mujeres jóvenes tienen diferentes preferencias de fecundidad?

En esta investigación se ha abordado el marco teórico de la transición demográfica y, específicamente, la transición de la fecundidad. Estas definiciones pretenden exponer los comportamientos entre mujeres con fecundidad matrimonial relativamente alta y otras que la van reduciendo cuantiosamente. Asimismo, este trabajo se ha inspirado en el marco conceptual de la investigación “El descenso histórico de la fecundidad matrimonial en España – Análisis territorial retrospectivo a partir de los Censos de 1920, 1930 y 1940”, de Fernando Gil Alonso (2005). A continuación, se explica la tipología de análisis utilizado.

Para la elección de las principales categorías de análisis se emplea el marco teórico del modelo clásico presentado por Bongaarts (1978) para identificar los determinantes “intermedios

o próximos” más significativos (la nupcialidad y la anticoncepción,) de la fecundidad de las mujeres que participaron en los grupos focales (Bay et al., 2003; Páez y Zavala, 2017). En principio se suponía que solamente se iban a entrevistar a mujeres solteras y estudiantes, pero en la realización del trabajo de campo se pudieron identificar a pocas participantes que ya son madres.

Entre los relatos de las participantes se muestra un aspecto transicional, en concreto, el cambio de una fecundidad natural a la fecundidad controlada. Se relacionan entre las mujeres entrevistadas con aspectos de índole cultural y psicosocial, y se completan los relatos particulares de las mujeres con referencias a los miembros de su familia y de su ambiente actual.

Un descubrimiento significativo fue la multidimensionalidad de las aspiraciones en cuanto a la nupcialidad y a la fecundidad, como los aspectos relacionados con lo individual, el entorno social y cultural.

5.1 Cambios generacionales del tamaño de la familia

L. Henry (1961) define la fecundidad natural, no como la falta de control de la fecundidad, sino como un control independiente de la cantidad de nacimientos previos. En otras palabras, se supone que las personas unidas en la fase de fecundidad natural no tenían un límite con respecto al número final de nacimientos, por lo cual los niveles de fecundidad marital fueron casi similares entre las mujeres, si bien cambiaban de una población a otra de acuerdo con “ciertos factores como la amenorrea posparto, el periodo del amamantamiento, la presencia de varias oposiciones sexuales, entre otros factores” (Gil, 2005, p. 29). Básicamente, Knodel (1983b) llama eso “limitaciones específicas fuera de la paridad” (*nonparity-specific limitations*); son prácticas que, de manera consciente o no, prolongan el período intergenésico independientemente del tamaño de la descendencia, y son característicos de un sistema de fecundidad natural.

5.1.1 Familias grandes en generaciones antiguas

Al hablar de los cambios generacionales sobre la percepción de la fecundidad, la mayoría de las mujeres dijeron que sus antecesoras (madres y abuelas) habían tenido muchos hijos. Ciertos relatos de las participantes se vinculan con el tradicionalismo, ya que algunas de las participantes comentaron las historias familiares de sus antepasados.

“En el caso de la familia de mi mamá, sí es muy grande, mi abuelita tuvo dieciséis hijos y otros murieron” (Anna, grupo focal 1, 22 años).

Asimismo, algunas mujeres hablaron detalladamente de las percepciones de la maternidad de sus abuelas.

“Hay un cambio de maternidad porque mi abuela murió de cáncer por tener hijo tras hijo tras hijo, haz de cuenta que ella tenía un hijo, uno estaba gateando, otro estaba caminando y ya tenía otro en la panza, uno apenas salía y ya tenía otro en la panza, era increíble [...]. Por esta razón, tengo una familia súper grande, grande me refiero a gigantesca, tengo veintiún tíos de un lado de la familia y del otro lado de la familia tengo ocho tíos y tres fallecidos” (Paola, grupo focal 2, 25 años).

Se expresó la presencia de morbilidad y mortalidad infantil entre las entrevistadas. Cabe mencionar que, en la ciudad capitalina de Quito, las enfermedades más frecuentes en la época de 1759 fueron: “viruela, sarampión, gripe, catarros, problemas respiratorios y de pecho” (Rodas, 2002, p. 5). La enfermedad más considerable fue la viruela; este padecimiento devastó a toda la ciudad, produciendo significativas pérdidas familiares, socioeconómicas, hasta el punto de que la ciudad se declaró en fase de emergencia sanitaria (Rodas, 2002).

“Por parte de mi familia materna, mi abuelita tuvo seis hijos, y en cambio mi abuelita tuvo como catorce hermanos y mi abuelo igual, creo que eran dieciséis hermanos [...], incluso ahora entre primos ni siquiera se conocen porque eran muchísimos. También se murieron porque mi abuelita nos contaba que llegó una epidemia aquí en el Ecuador, de viruela, algo así, y se murieron cuatro de ellos” (Isabella, grupo focal 2, 29 años).

Una joven también lo expresó así: *“en el caso de mi mamá, son cuatro hermanos, bueno seis hermanos, pero dos murieron, así que sólo son cuatro”* (Valentina, grupo focal 1, 30 años).

Otra participante mencionó la experiencia de su abuela para acceder a los servicios de planificación familiar entre las participantes. Su antecesora manifiesta los percances acerca de los servicios básicos de salud teniendo en cuenta que residía en una zona rural y con difícil acceso a los Centros de Salud.

“La comparación de la vida que ha tenido mi abuelita a la de mi mamá o la mía es muy notoria, mi abuelita es de Guaranda, es de un pueblito, es campo y actualmente sigue siendo así. Es muy diferente el acceso a la salud que ella tuvo a comparación al acceso a la salud que mi mamá cuando se fue a vivir a Quito; mi abuelita tiene tres hijos varones y a mi mamá, pero ella también tuvo abortos, por el trabajo perdió a dos hijos, según yo, por enfermedad o porque le quedaba muy lejos el centro médico, porque no tuvieron acceso a un buen servicio de salud” (Isa, grupo focal 2, 24 años).

También, una joven describió la experiencia de su padre como cuidador entre las participantes, debido a la falta de acceso al sistema de salud; ella contó:

“Mi abuelita tuvo diez hijos y mi papi es el primero. Mi papi tiene cincuenta años, es el primer hermano, entonces él me contaba que, para que mi abuelita diera a luz, mi papá hacía como partero, es decir, la ayudaba. Mi papá prácticamente le hizo tener todos los hijos a mi abuelita, entonces me contaba que a veces [...], por la escasez de dinero o eso, tenían que ellos como que arreglárselas como parteros para poder traer al mundo a sus hermanos” (Mía, grupo focal 2, 23 años).

Básicamente, la percepción de las mujeres jóvenes sobre la sociedad de la época de sus generaciones antiguas es que fueran bastante conservadoras y que fomentaban el papel tradicional: las mujeres tenían muchos hijos y tenían que casarse.

5.1.2 Familias pequeñas en generaciones recientes

Al hablar de las tendencias de fecundidad más recientes, muchas de las entrevistadas dijeron que sus anhelos eran diferentes a las de sus generaciones pasadas. Las narraciones de estas

percepciones se centraron en los cambios de la dinámica de la población sobre la realidad social, pasando de un entorno con tasas de natalidad y mortalidad elevadas a otro donde las dos son bajas (Notestein, 1945; Zavala de Cosío, 1988). Dicha proposición está basada en los postulados generales de la teoría de la transición demográfica. Algunas mujeres expresaron sus anhelos de tamaño de familia:

“Mi hermano no piensa tener hijos, mi otra hermana tampoco piensa tener hijos, [...] creo que ahora sólo están viendo por ellos y pues en mi caso la verdad yo quisiera uno o máximo dos, no más” (Antonella, grupo focal 1, 25 años).

Se señaló el caso de la familia entre las entrevistadas, *“mi papá tiene dos hijas con mi mamá, y todos mis tíos tienen como sólo dos hijos y ya, o sea, no son muchos. Personalmente para mí sí ha cambiado bastante, porque mi abuela tuvo diez hijos”* (María, grupo focal 1, 21 años).

Otras participantes también contaron experiencias previas de fecundidad de sus madres:

“Mi mamá llegó a un punto donde ella sabía que ya no quería tener hijos y estuvo en una época donde tú tenías que pedirle autorización a tu marido para poder abortar, para utilizar métodos anticonceptivos [...]; un día ella me contó, no sé siquiera de dónde sacó las fuerzas, la admiro mucho por eso, [que] tomó la decisión de abortar y tuvo aparte un aborto espontáneo” (Paola, grupo focal 2).

“En mi familia sólo somos dos hermanas y mi mamá tuvo un excelente acceso a la salud, entonces mi mamá no tenía ningún problema, nada de eso, al igual que actualmente los anticonceptivos y todo eso han ayudado a que sólo sigamos siendo dos, en cambio mi abuelita tuvo muchos y es muy muy diferente” (Isa, grupo focal 2, 24 años).

En algunos relatos sobre los cambios generacionales recientes de las participantes se pudo identificar un cambio de mentalidad en tomar elecciones voluntarias de los cónyuges, y principalmente de las mujeres para restringir los nacimientos una vez conseguido el tamaño de descendencia esperado. Las participantes relataron las experiencias previas de sus generaciones recientes, o sea sus madres.

“Como sucedió lo de los métodos anticonceptivos, mi madre empezó a cuidarse, entonces por decisión no tuvo más hijos y solamente tuvo dos hijos” (Catalina, grupo focal 2, 21 años).

Otra participante comentó que su madre goza de un seguro médico para controlar su fecundidad dijo:

“Mi madre solamente tuvo dos hijos, ella puede acudir a un hospital o a una clínica o donde pueda, porque tiene un seguro médico de su trabajo y por eso tiene el acceso, a comparación de antes que no tenía el acceso, entonces creo que en ese aspecto las cosas sí han cambiado bastante” (Martina, grupo focal 2, 22 años).

5.2 Tipos de familia

Anteriormente se mencionó el tamaño de familia deseado, que se relaciona con la definición de la fecundidad controlada, que expresa la finalización voluntaria del periodo reproductivo de la mujer, usando métodos como: el coito interrumpido, la anticoncepción, el aborto voluntario, el infanticidio, entre otras experiencias. Como lo recuerda Knodel (1983a) se considera como una voluntad de control consciente que representa un cambio con respecto a la fecundidad natural.

5.2.1 Presiones familiares sobre las NoMo

Para mejorar la comprensión de los comportamientos reproductivos de las jóvenes en edad fértil, es necesario explorar y comprender sus constructos y deseos de fecundidad dentro de su contexto local, y especialmente de su estado actual de no ser madres “NoMo” (abreviatura en inglés de *Not Mothers*). A continuación, se presentan las narraciones de las mujeres entrevistadas. Muchas expresaron con frecuencia el deseo de tener hijos. Pero esto lo perciben como una contradicción, pues expresan deseos de “me hubiese gustado ser una madre joven, pero creo que el estudio siempre me lo impidió” (Valentina, grupo focal 1, 30 años).

“[...] pero tampoco quiero ser una madre vieja y tampoco me gustaría pasar mi vejez sola, conozco bastante gente que no tuvo hijos y son señoras que están dependiendo

de sobrinos que tengan el buen corazón y la buena voluntad de verlas; entonces como que tengo muchas historias alrededor mío” (Valentina, grupo focal 1, 30 años).

Los miembros de la familia influyen significativamente en las intenciones reproductivas de varias mujeres en ambas direcciones. Algunas mujeres se expresaron sobre su percepción de la fecundidad.

“Entonces, a pesar de que haya cambiado el número de hijos de las familias, el pensamiento no cambia porque te siguen diciendo que debes casarte, que debes tener hijos y tanta cosa” (Alba, grupo focal 2, 22 años).

Se señalaron las percepciones de su familia sobre estos temas entre las entrevistadas, *“antes, lo que yo he escuchado, lo que me han contado, es que las mujeres, por ejemplo, de veintiún años a veinticuatro años, ya deberíamos de tener nuestra familia, tener hijos, y según eso ya nos hacía mujeres, por decir”* (Fernanda, grupo focal 1, 22 años).

Otras participantes perciben una exigencia social hacia la fecundidad. La mayoría de estas participantes no están de acuerdo con el modelo tradicional de sus generaciones y afirman sentirse presionadas para formar una familia, una mujer de 22 años de edad dijo:

“Te siguen presionando al respecto, entonces siempre que me topo a veces con mi familia es la misma pregunta de siempre, que cuándo me voy a casar, cuándo voy a tener hijos y demás” (Emily, grupo focal 2, 22 años).

5.2.2 Las madres solteras

Además, en los grupos focales se pudo identificar a algunas participantes que fueron madres jóvenes y adolescentes, *“fui madre a los dieciséis años y fue una situación difícil porque estaba recién en el colegio, me perdí unos dos meses del colegio, pero aun así lo terminé con mi embarazo en riesgo”* (Emilia, grupo focal 1, 20 años).

Otra pauta que se logró identificar en estas madres y estudiantes es que, aparte de haber sido madres adolescentes, no desean tener algún tipo de unión conyugal. También se evidencia una dimensión de género en cuanto a la pareja. La misma participante que fue madre adolescente dijo:

“[...] no siento que necesito de un hombre para salir adelante ni para tener una familia porque yo siento que ya la tengo” (Emilia, grupo focal 2, 20 años).

Una participante que también fue madre adolescente a los 15 años de edad dijo:

“no está en mis planes casarme, realmente, porque a mi edad hasta ahorita he sabido salir adelante sola sin necesidad de un apoyo, de un hombre, una figura masculina o paterna, en este caso para mi hijo. Entonces no siento la necesidad de que para complementar mi vida necesito algo de un hombre, porque para mí también están las amigas, las mamás, la familia, tal vez no todos tenemos buena relación con nuestras madres, pero sí tenemos una mejor amiga que nos va a escuchar, nos va a atender. Entonces yo siento que con mi hijo voy a viajar y [...] darle lo que yo no tuve” (Daniela, grupo focal 2, 21 años).

Asimismo, en el mismo ámbito cultural, todavía se determina la certeza o la esperanza de tener el respaldo de la familia, principalmente por la madre.

“En mi caso, mi mami me ayuda y ha sido un apoyo súper grande para mí porque igual soy mamá soltera, entonces con mi hijo me ha ayudado mucho” (Daniela, grupo focal 2, 21 años).

Las participantes que son madres mencionaron con más frecuencia que sus familias u otros miembros de la comunidad influyen en sus intenciones reproductivas. En el contexto cultural, los miembros de la familia de las participantes perciben la unión conyugal como algo compatible con el gran anhelo de tener un estatus en la sociedad (Brugeilles, 2011); asimismo, reflexionan que pueden lograr aquello que tiene la más importante jerarquía para sus familias: estar casada. Una de las participantes subrayó el valor primordial que se le otorga al embarazo en las zonas rurales. Otro hallazgo importante que se pudo identificar en esta participante es el cambio de domicilio de lo rural a urbano, o sea que presentó migración interna.

“[...] es algo normal allá en donde yo vivo, bueno, vivía, eso querían para mí mis padres; sin embargo, a mí me dicen que soy la oveja negra porque no seguí los pasos de los demás, de mis hermanas, de mi familia y así” (Antonia, grupo focal 1, 23 años).

“todo el mundo se dedica a tener su familia. Y sí, mis hermanas y yo hemos tenido a nuestros hijos a la misma edad, pero a diferencia de que yo no me casé” (Antonia, grupo focal 1, 23 años).

La misma participante expresó así: *“mi familia en sí quiere que yo me case, eso me lo han dicho siempre, que ya necesito casarme porque todos mis hermanos se han casado a la edad de dieciséis años”* (Daniela, grupo focal 2, 21 años).

Muchas de las mujeres expresaron sentimientos profundamente negativos cuando se les preguntó cómo es la percepción de la maternidad ante sus generaciones antiguas. Las mujeres también hablaron de una sensación de impotencia en torno a las opiniones sobre la nupcialidad y maternidad, que estaban relacionadas con la creencia de que son eventos de “imposición” u “obligatorios”.

Todas las contestaciones de las jóvenes acceden a percibir la complejidad de sus opiniones sobre la nupcialidad y maternidad que tienen o que desean. Esto, no obstante, supuestamente no frena que en la experiencia los arreglos conyugales de unión libre o matrimonio estén aumentando.

5.3 Percepción de la nupcialidad

En esta sección, todas las mujeres entrevistadas se proyectan hacia el futuro a través de temas tan diversos como: el matrimonio, la descendencia, los viajes, la formación y la autonomía económica.

A partir del siglo XVIII, específicamente en Europa, algunos autores demuestran la conciencia de las parejas sobre el imperativo de frenar el tamaño de su descendencia y que era viable mediante el matrimonio. Claramente la prueba de ello fue la percepción de Thomas Malthus (1798) que alcanzó a plantear una política prohibitiva del matrimonio. Para Malthus era obvio el freno sobre la fecundidad del aplazamiento del matrimonio y de la soltería definitiva, especialmente en estratos de pobreza, en esta última cuestión separando completamente a un individuo de la reproducción (Malthus, 1798). De este modo se han denominado los métodos de regulación de la fecundidad por medio del aplazamiento del matrimonio y del

celibato como métodos malthusianos, y la regulación de la fecundidad mediante modos directos como neomalthusianismo (Abramitzky y Braggion, 2003).

Asimismo, Coale & Trussell (1974) apuntan que el rol desempeñado por la nupcialidad en la regulación de la natalidad sigue siendo importante. Para Van de Walle, Shorter y Knodel (1971), en su investigación respecto a la caída de la fecundidad en Europa, proponen que fue un proceso general que conmovió paralelamente a la fecundidad matrimonial y extramatrimonial. También se debió a la difusión de medios sobre la anticoncepción que afectó a la fecundidad. A continuación, se presentan las perspectivas de nupcialidad de las jóvenes entrevistadas.

5.3.1 *Las pioneras*

Cabe mencionar que todas las entrevistadas son identificadas como “pioneras”, puesto que se trata de mujeres cuya posición social, específicamente por ser estudiantes de licenciatura, en cierta medida se les considera como un grupo socialmente seleccionado (Quilodrán y Juárez, 2009). Para esta sección se considera cómo las participantes presentan comportamientos no tradicionales, como el deseo de no casarse o de no formar una familia. El hecho de ser estudiantes de licenciatura estableció una cadena de perspectivas de las jóvenes entrevistadas de acuerdo con su realización personal. Este factor empodera de alguna forma a este conjunto selecto de jóvenes, forjando en ellas evoluciones en sus percepciones y consecutivamente en sus conductas.

La mayoría de las mujeres jóvenes de licenciatura expresaron que desean retrasar el matrimonio, entre otros deseos, “*estudiar una maestría, conseguir un trabajo estable, estar bien económicamente y viajar también y después formar una familia*” (Florencia, grupo focal 1, 27 años), preferentemente viajar, pero sobre todo “*creo que profesionalmente me gustaría crecer bastante*” (Alba, grupo focal 2, 22 años). En aras de entender estos anhelos expresados individualmente, es necesario considerar que, por tratarse de mujeres estudiantes de licenciatura, no es de extrañar el interés casi general y en algunos casos la firme determinación de las jóvenes entrevistadas por seguir estudiando una carrera profesional (como estudiar un

posgrado) y querer ser económicamente independientes. Aunque de manera oblicua, una mujer expresó la complejidad de su comunicación con su familia en torno a cuestiones reproductivas, claramente ella no está de acuerdo con este modelo tradicional:

“En comparación al pensamiento de mi madre, de toda mi familia, [que] es que cuando ya se tiene un hijo, de ley es casarse, eso ha pasado con todas mis hermanas y hermanos, pero yo no estoy de acuerdo con ello” (Dayana, grupo focal 2, 21 años).

5.3.2 Las tradicionales con retraso

A pesar del fuerte deseo de seguir estudiando, algunas jóvenes desean el acompañamiento de una pareja y la ilusión de *“me gustaría viajar con mi pareja”*, *“poder viajar, compartir, hacer muchas cosas con mi pareja”*, así como darles a sus padres la satisfacción de *“a mí me gustaría tener a alguien a mi lado, decir «esta es mi familia», presentar a mi mamá, papá y tal [...]”* (Alba, grupo focal 2, 20 años) y *“es algo que lo tengo desde muy joven, [desde] muy pequeña, mejor dicho, desde como los diez años”* (Julia, grupo focal 2, 20 años); las participantes fueron cuestionándose sobre estos aspectos conforme fueron dándoles contenido a sus planes de vida del matrimonio y de la maternidad.

Otro hallazgo importante fue el conocer la edad a la que les gustaría casarse. Muchas de las participantes querían casarse a los treinta años de edad. Una mujer comentó su experiencia:

“entre los veinticinco y treinta años, porque lo he visto y me han dicho también que es una buena edad para tener un hijo, porque no es ni tan joven ni tienes una edad avanzada para que disfrutes con tu pequeño, y de salud, igual, como que dicen que todo se encuentra en perfectas condiciones para tener un hijo” (Lucía, grupo focal 2, 20 años)

Hay casos en que los relatos sobre las experiencias de las generaciones antiguas de las participantes son parte de un fuerte contexto cultural en donde la experiencia del matrimonio fue a edades tempranas. Otra una mujer expresó:

“definitivamente hay un gran cambio. Por ejemplo, en el caso de mi familia, mi abuelita y mi abuelito se casaron tipo dieciocho años, tuvieron sus hijos” (Olivia, grupo focal 2, 21 años).

Asimismo, María expresó el peso de la dimensión cultural hacia la nupcialidad para las generaciones pasadas:

“mi abuelita sí tuvo bastantes hijos y se casó cuando era joven realmente, pero creo que con el paso del tiempo se fue dando cuenta porque, por ejemplo, a las primeras hijas que ella tuvo, sí les hizo casar obligadas, en cambio, ya después se dio cuenta que algunos matrimonios ya no funcionaban o algo iba mal, entonces después ya no les obligó” (María, grupo focal 1, 21 años).

Experiencia anticonceptiva

El control de la fecundidad es una cuestión, aparentemente, que actualmente se encuentra en las inquietudes de las jóvenes; no obstante, la accesibilidad a la información y al insumo pueden ser uno de los importantes obstáculos. Por tanto, en esta sección se ha tratado de identificar la experiencia y todos los elementos que favorecen el acceso de los métodos anticonceptivos para las jóvenes. Se optó por el marco conceptual de los contextos de racionalidad *“readiness”*, legitimidad *“willingness”* y accesibilidad *“ability”* (contextos preliminares del modelo RWA) respectivos al declive de la fecundidad presentado por Coale (1977) y desarrollado estadísticamente por Lesthaeghe y Vanderhoeft (2001). Así mismo, este modelo señala la utilización de la anticoncepción como variable transcendental en la transición de la fecundidad en América Latina (Quilodrán y Juárez, 2009; Zavala de Cosío, 1992b).

Entre las mujeres de los dos grupos focales se observa la influencia de dichas dimensiones de forma directa, o sea cómo incide el contexto cultural y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Se identificaron varias subcategorías sobre el conocimiento y el uso de la anticoncepción, por lo tanto, se clasificó como variable *Ready* al uso y conocimiento de la anticoncepción, *Willing* la aceptabilidad social, es decir, quienes les dijeron que pueden utilizar métodos anticonceptivos y por último *Ability* como el acceso a la anticoncepción.

5.4 La racionalidad (Ready)

La mayoría de las entrevistadas afirmaron conocer y usar de métodos anticonceptivos modernos, también mencionaron la necesidad de la planificación familiar. Por otra parte, los métodos anticonceptivos tradicionales no figuran en los discursos analizados como una opción para controlar su fecundidad. Cabe recordar que todas las participantes formaban parte de una élite educativa. Por tanto, se califican como pioneras, ya que poseían cierta racionalidad para conocer la anticoncepción.

5.4.1 *Las conocedoras*

Cuando se les preguntó cuáles son los métodos anticonceptivos que conocen, las participantes respondieron: los implantes, seguido de las pastillas anticonceptivas; fueron los métodos modernos más frecuentemente deseados. Ellas mismas así lo manifiestan:

“[...] las pastillas, tenemos lo que es los anticonceptivos, el implante, tenemos las inyecciones, también los dispositivos del DIU, tenemos parches y tenemos la T de cobre y esos creo que conozco” (Sara, grupo focal 2, 22 años). Asimismo, otra participante mencionó, *“las pastillas anticonceptivas, los condones, la DIU de cobre, inyecciones”* (Lucia, grupo focal 1, 20 años).

5.4.2 *Las usuarias*

La elección de las mujeres de usar o no un anticonceptivo en particular estuvo fuertemente influenciado por las percepciones de los efectos secundarios del método, independientemente de si los efectos secundarios se habían experimentado personalmente o se habían escuchado de otros. La mayoría de los efectos secundarios experimentados personalmente estaban asociados con los métodos inyectables, y las pastillas anticonceptivas e incluían algunas molestias. Las mismas participantes que afirmaron conocer la anticoncepción moderna hablaron de sus razones para oponerse al uso de estos métodos de planificación familiar:

“El implante me dio migrañas diarias, era muy doloroso. Dicen que no da cólicos, pero yo me moría de los cólicos; igual con las pastillas fue otra cuestión y por eso

las dejé y, ahorita, obviamente, no me estoy cuidando con nada más que con condones” (Sara, grupo focal, 21 años).

“Las inyecciones mensuales, las utilicé dos meses y fue lo peor del mundo, igual, como la compañera, me dio mucha migraña, dejé de utilizarlas, me salió muchísimo acné” (Lucia, grupo focal 1, 25 años).

Asimismo, se describieron las experiencias previas del uso de dichos métodos.

“Ocupaba las pastillas anticonceptivas, pero no era porque estuviera teniendo relaciones, sino porque yo tenía quistes y por eso tenía unos cólicos así muy muy fuertes, pero la verdad a mí no me ayudó en nada” (Isa, grupo focal 2, 24 años).

“Yo creo que todas hemos usado alguno por lo menos. Yo sinceramente he usado condones, así que sí, a mí me funciona ése, la verdad. No me gustaría ponerme implante ni inyecciones debido a que causa alteraciones en el ciclo menstrual de la mujer, entonces considero que no me gustaría eso, pero al no tener pareja entonces no es necesario” (Jessica, grupo focal 2, 20 años).

5.5 La legitimidad (*Willing*)

Otro hallazgo interesante fue conocer la apertura de la familia y personas allegadas en favor de la anticoncepción, en lo que se alude especialmente a la información, asesoramiento, autorización explícita y a la accesibilidad a los diferentes métodos. Por lo que el acceso a los métodos anticonceptivos se considera legítimo socialmente.

5.5.1 *Amistades y familia*

Todas las mujeres de los perfiles evaluados coincidieron tener por lo menos un canal de información sobre la anticoncepción. Por ejemplo, cuando se les preguntó a las participantes quien les informó sobre métodos y servicios de planificación familiar, muchas de ellas indicaron que fue a través de sus amistades, familia y el colegio. Ellas dijeron:

“[...] me enteré por mi mejor amiga, porque ella se puso y le fue bien, entonces me lo puse yo también” (Olivia, grupo focal 2, 21 años).

“[...] por parte de mis hermanas [...], bueno ellas son mayores y, les daba un poco de recelo, pero igual me lo conversaban” (Antonella, grupo focal 1, 25 años).

“[...] mi mamá me ha comentado, quizás algunos los utilizó ella [...], como el DIU, el implante, las pastillas y las inyecciones” (Fernanda, grupo focal 1, 22 años).

“Yo tuve la oportunidad de que mi madre sí me instruyera, me hacía conocer de este tipo de cosas desde muy temprana edad, a pesar de que mi mami también, bueno, viene de una familia muy cerrada en ese aspecto y mi mami es madre soltera, sin embargo, ya cambió su pensamiento en todo cuando ya fue formándose” (Lucía, grupo focal 1, 20 años).

5.5.2 Colegio o secundaria

Para muchas de las jóvenes, la principal fuente de información sobre la planificación familiar fue el colegio o secundaria. *“Creo que fue en el colegio, ahí, y como que bueno, era un poquito de tabú, y los chicos se sentían un poco incómodos [...], o no paraban bola, no prestaban atención”* (Lily, grupo focal 2, 21 años). Una entrevistada dijo, *“en el colegio, pero no porque esté dentro del pensum escolar, sino que alguna vez tuve algunos profesores que decían que era importante que eso también conociéramos”* (Olivia, grupo focal 2, 21 años).

Algunas participantes mencionaron una campaña sobre planificación familiar. A partir de 2014, se ejecutó una iniciativa “No cambies Tu Mochila por un Bebé” promovida por la Federación Nacional de Patronatos Provinciales del Ecuador, mediante la propuesta “Bebé, piénsalo bien” (Carrasco, 2018, p. 2). Esta iniciativa fue muy interesante, ya que los estudiantes de secundaria, tanto de instituciones privadas como públicas, que participan en la campaña concuerdan, posteriormente de recibir los “muñecos *simuladores de bebés* por dos días, comentaron que no es el momento todavía para ser padres o madres” (Carrasco, 2018, p. 2; Ministerio de Salud Pública, 2018). A continuación, se muestra las experiencias de algunas mujeres que estudiaron en instituciones privadas.

“Recuerdo que, en los años 2015 y 2016, en mi colegio había una campaña sobre el embarazo adolescentes, se trataba de cuidar a unos bebés robots, esto sucedió porque muchas mujeres se estaban empezando a embarazar. Por ejemplo, en mi salón de clase había cinco compañeras embarazadas. Entonces, no sólo en mi colegio, sino que también a nivel nacional, empezaron a aumentar los embarazos” (María, grupo focal 1, 21 años).

“[...] también participé en esa campaña. Personalmente, me gustó mucho eso, porque definitivamente me ayudó a concientizar que no quiero ser madre. Recuerdo que fue muy real la experiencia” (Sara, grupo focal 2, 20 años).

5.5.3 Salud pública

Otro aspecto que se ha identificado en la mayoría de las participantes, asimismo, es el rechazo que hay en las jóvenes ante los servicios de salud, lo cual está manifestado de una forma bastante evidente en este fragmento de la entrevista:

“con el ministerio de salud pública, nos dieron la información sobre los métodos anticonceptivos, pero no nos dan información a profundidad” (Carla, grupo focal 2, 20 años).

5.6 El acceso (*Ability*)

Las mujeres entrevistadas enfatizaron su propia independencia en la toma de decisiones sobre la anticoncepción, aunque muchas de las mujeres negaron haber tenido dificultades para acceder a la planificación familiar, muchas expresaron una necesidad insatisfecha de anticoncepción.

5.6.1 Salud pública

Surgieron varios obstáculos relacionados con el acceso a la anticoncepción, entre los que se encontraban la existencia poco confiable de métodos anticonceptivos y las carencias de los proveedores. Además, las mujeres comentaron por reiteradas veces que el Ministerio de Salud Pública es el único ente que suministra los diferentes de métodos anticonceptivos que ellas necesitan.

“En el centro de salud me dijeron que [...], una, debo tener hijos, pero yo les dije «no, yo no quiero porque tengo una enfermedad hereditaria [...], me mandaron al loquero, es decir al psicólogo, me dijo «aquí está el psicólogo, tiene que él darle un permiso» y no sé qué, también me dijo «si eres casada debes tener permiso de tu marido»” (Julia, grupo focal 1, 20 años).

Entre las participantes, hubo un caso que dijo que no conocía dichos métodos anticonceptivos. Se pudo identificar que esta mujer fue madre adolescente y además vivía en el área rural. Ella expresó:

“en el hospital me pusieron el implante [...], yo no sabía ni qué me iban a poner [...], y me lo pusieron porque era joven, era adolescente. Entonces ahí supe que había eso” (Antonia, grupo focal 1, 23 años).

Básicamente, el análisis de las narraciones de las participantes perpetúa temas que atañen a otras épocas, en comparación a las generaciones de sus abuelas y en algunos casos de sus madres, cuestiones de su misma vida y las variaciones que percibieron con el paso del tiempo, además de la manera en que observaron el cambio del tamaño de la familia ideal y, en perspectiva, de sus padres y madres.

Cabe recordar que en la definición de la mujer pionera que representa en las secciones anteriores, se señala a la educación como la característica demográfica y social que las determina en esta investigación. Las historias de estas chicas corresponden a la última generación “las mujeres del futuro” que han sido contadas con mucha valentía, esperanza e inspiración.

Los relatos obtenidos mediante las entrevistas sirven para comprender la forma en que se “reinventan” las conductas: en este aspecto, la manera en que las mujeres entrevistadas están en el camino a la transición demográfica, ya que renunciaron a la fecundidad natural por la fecundidad controlada, y que llegaron a adoptar comportamientos innovadores en cuanto al deseo del número de hijos y a la nupcialidad.

En Ecuador, las condiciones previas de RWA inciden en el uso de métodos anticonceptivos. A pesar de conocer información sobre el uso de la anticoncepción, muchas mujeres sufrieron

malestares que les obligaron a sustituirlos particularmente por inyecciones o incluso dejar de utilizarlos.

La investigación no estuvo exenta de limitaciones. Este grupo de mujeres es una población seleccionada, ya que son estudiantes de licenciatura que se encuentran en la capital de Ecuador. No se puede extrapolar a todas las mujeres ecuatorianas y, por lo tanto, no se incluyeron a algunos grupos en el análisis. Se recomienda que se realice una investigación similar utilizando otros tipos de población, por ejemplo, más grupos etarios, área de residencia, nivel de educación, entre otros factores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La transición demográfica del país ha tenido efectos importantes sobre la caída de la fecundidad en décadas recientes, tanto en Ecuador como según el área de residencia. Una fecundidad baja lleva al envejecimiento poblacional y a un decrecimiento demográfico. Mientras más limitadas sean las tasas de fecundidad, más pronto ocurrirá este proceso. Por tanto, el descenso de la fecundidad es un cambio que produce muchos desafíos, tanto para los individuos como para las naciones (Vignoli, 2003; Zavala de Cosío, 1988).

También se han presentado otros cambios demográficos como el comportamiento de la fecundidad con respecto al área de residencia. Se han presentado diferencias marcadas por cada zona, ya que las mujeres que residen en la zona rural presentan desigualdades sociales que principian a partir de su hogar de origen. Según la CEPAL (2008), el papel de la mujer y las posibilidades de las mujeres urbanas no son homogéneos con las mujeres que residen en las zonas rurales.

El análisis presentado en esta tesis permite conocer la evolución de la fecundidad en Ecuador desde la perspectiva cuantitativa y en comparación con la perspectiva cualitativa. Las estimaciones cuantitativas de la fecundidad buscan determinar las causas y efectos, seleccionando los determinantes próximos de la fecundidad y generalizando los resultados a la población ecuatoriana. En este caso se consideraron el cálculo de tasas específicas de fecundidad, a través del método de historia de nacimientos, y posteriormente la aplicación del modelo matemático de Bongaarts como los principales ejes de análisis. Mientras que la perspectiva cualitativa permite darle profundidad al análisis de algunos determinantes de la fecundidad.

6.1 Conclusiones

A lo largo de esta investigación se estudió a la fecundidad desde distintos enfoques cuantitativos y cualitativos. En ella se buscó analizar las evoluciones en los comportamientos reproductivos de las mujeres en edad fértil que residen en las zonas urbanas y rurales. También se esbozaron las percepciones de un grupo de mujeres jóvenes “pioneras” acerca de sus comportamientos reproductivos, así como las diversas dificultades y complicaciones que el hecho

de decidir su fecundidad les puede generar en su vida y en su descendencia, algunas de las cuales son independientes de la edad, del área de residencia e inclusive del nivel de educación.

Después de realizar una revisión generalizada de los distintos enfoques teóricos sobre la fecundidad, se ha optado enfocar la presente investigación mediante la teoría de la transición demográfica y de la fecundidad para abordar el modelo de sus determinantes próximos. A partir de este modelo se han analizado los cambios observados en la fecundidad en Ecuador en 2012 y 2018. Basándose en los objetivos de la investigación, se calculó la fecundidad como la cantidad de hijos vivos de las mujeres hasta el instante del levantamiento de la fuente de datos.

Una vez efectuados los análisis se ha mostrado una representación general del contexto socioeconómico y de la situación sociodemográfica del Ecuador. Se mencionó que las variaciones en la fecundidad se están realizando en un marco bastante particular. La transición de la fecundidad se ubica aún en proceso debido a la preferencia por la vida en unión temprana y porque los centros de salud públicos no tienen la facultad de proveer los servicios apropiados de planificación familiar para apoyar a la población femenina a practicar cabalmente sus derechos sexuales y ejercer la regulación de su descendencia.

La información estadística que se utilizó procede de la base de datos más recientes de las ENSANUT en Ecuador levantadas en los años 2012 y 2018. Para cumplir con los objetivos específicos de investigación se recurrió a diferentes técnicas de análisis. Cabe mencionar que dicho análisis de datos se efectuó en dos etapas. En primera instancia, se estimó y estudió la contribución porcentual y absoluta de cada determinante próximo en la evolución de la fecundidad en los dos años de estudio. Asimismo, en la segunda etapa de análisis se aplicó la técnica cualitativa de grupos focales para exponer los contrastes de fecundidad en las mujeres mediante las incidencias de dos dimensiones (nupcialidad y uso de métodos anticonceptivos). Se plantearon cuatro hipótesis de investigación, cuyo contraste con el enfoque cuantitativo y cualitativo, arrojan los siguientes resultados:

La primera hipótesis sostiene que en la evolución de la fecundidad en Ecuador se esperaba encontrar una constante tendencia decreciente en el último siglo XXI, a partir de los datos de encuestas de diferentes fuentes de información y estimaciones-proyecciones poblacionales. Esta hipótesis se confirma. De acuerdo con la primera Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF) a finales de los años sesenta, particularmente en 1967, Ecuador se caracteriza por presentar altas tasas de fecundidad de 6.9 hijos por mujer en edad fértil. A partir de esa fecha, la fecundidad presenta un proceso de descenso constante. De acuerdo con las estimaciones poblacionales a inicios de la década de los 70, el país empieza a presentar un permanente decremento del número de hijos por mujer (Delaunay et al., 1990); hasta llegar a una tasa próxima a los 1.9 hijos por mujer correspondiente a la proyección de 2048 (INEC, 2012c). Quedó en evidencia que cómo la teoría de la transición demográfica lo indica, Ecuador pasa de elevadas tasas en los sesenta a tasas próximas al nivel de reemplazo en la actualidad.

Segunda hipótesis, se esperaría que se presenten discrepancias significativas en el calendario y la intensidad de la fecundidad tanto a nivel nacional como urbano y rural en 2012 y 2018; de forma general, para el caso de las mujeres que habitan en el área urbana el calendario de la fecundidad sería más tardío, posiblemente se debe a que los grupos de mayores recursos socioeconómicos pueden controlar eficientemente su fecundidad. También la intensidad de la fecundidad de las mujeres urbanas sería más baja que las rurales, debido a que estas mujeres presentan cambios en sus comportamientos reproductivos que están afectando negativamente a la fecundidad para los dos periodos de estudio.

Efectivamente los resultados obtenidos muestran cómo la fecundidad en Ecuador persigue su decrecimiento, sin embargo, a un ritmo inferior entre los años 2012 y 2018, tanto entre el área de residencia urbana y rural. Los patrones de calendario e intensidad de la fecundidad presentan comportamientos similares para las mujeres urbanas y rurales, es notable que la fecundidad en las dos zonas geográficas de estudio ha rejuvenecido, siendo más temprana en las mujeres rurales, es decir aún persisten tasas de fecundidad elevadas en las edades más jóvenes, específicamente en las adolescentes. Esto da cuenta de la confirmación de la hipótesis, ya que las mujeres rurales todavía no presentan una fecundidad controlada, en compa-

ración con las mujeres urbanas. Quedó en evidencia que se mantienen diferencias en la intensidad -de aproximadamente un hijo en la tasa de fecundidad, entre las mujeres urbanas y rurales.

La tercera hipótesis postulaba que los determinantes próximos de la fecundidad varían de acuerdo con la zona de residencia, rural o urbana. En primera instancia, la nupcialidad y la anticoncepción son los determinantes próximos más importantes en el declive de la fecundidad observada, es decir la Tasa Global de Fecundidad, en los años 2012 y 2018. Con respecto al área de residencia, se esperaría que presenten el mayor efecto inhibitor en la fecundidad en las mujeres urbanas; mientras que la infecundidad posparto es el determinante próximo menos significativo en el descenso de la fecundidad para las dos áreas geográficas de estudio, en los años 2012 y 2018, y es el determinante con el mínimo efecto inhibitor en la fecundidad en el área urbana.

Los determinantes próximos juegan un papel clave en la fecundidad y esto ha sido documentado en todo el mundo. Sin embargo, su influencia no ha sido estudiada en Ecuador y mucho menos por área geográfica (urbana-rural) con datos recientes. El estudio de los determinantes próximos de la fecundidad reveló que, para el caso ecuatoriano, durante los años 2012 y 2018, ha habido un cambio significativo en la influencia de los determinantes intermedios de la fecundidad. A través de la aplicación del modelo de Bongaarts (1978, 1982), se pudo corroborar parcialmente la tercera hipótesis. En primera instancia, se observó que la anticoncepción tuvo el mayor efecto inhibitor de la fecundidad seguido de la nupcialidad, tanto por área de residencia y entre los dos años de estudio. Esto implica que la anticoncepción es el mayor contribuyente de la disminución de la fecundidad. Posiblemente esto se debe a que la proporción de mujeres casadas o en unión consensual, que actualmente usan algún tipo de anticoncepción, siguen presentando estimaciones elevadas, que pasaron de 81% en 2012 a 82% en 2018. En gran parte de los países de Latinoamérica, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es alta en comparación con otras partes del mundo en desarrollo, por ejemplo, África. En Ecuador, C_c tiene un mayor efecto inhibitor de la fecundidad entre las mujeres que residen en zonas rurales que en las urbanas (tabla 9). Estos resultados demuestran que hay una discrepancia entre el área de residencia, ya que las mujeres que residen en las zonas rurales presentan mayores necesidades de controlar su fecundidad.

La nupcialidad en Ecuador es moderada, excepto en las zonas rurales, se observa que el matrimonio contribuyó más a la reducción de la fecundidad en las zonas urbanas que en las rurales, mientras que la misma variable influyó al aumento de la fecundidad en las zonas rurales que en las urbanas durante dichos años. Esto se evidencia, a nivel nacional, en las estimaciones de la proporción de mujeres que actualmente están casadas o en unión consensual. Dicha proporción disminuyó sutilmente de 56.4% en 2012 a 55.4% en 2018. En comparación, en las áreas rurales incrementó de 55.4% en 2012 a 60.8% en 2018. Además, la proporción de mujeres unidas, que residen en las zonas rurales y que usan métodos anticonceptivos, ha ido aumentando aproximadamente en cuatro puntos porcentuales. Los efectos documentados del área de residencia sobre la fecundidad están favoreciendo a que las mujeres casadas contribuyan al aumento de la fecundidad a nivel nacional y especialmente en las zonas rurales.

Finalmente, el índice de infecundidad posparto es el inhibidor menos significativo de la fecundidad. Esto posiblemente se debe a la ligera reducción en el porcentaje general de mujeres que tenían amenorrea, abstinencia o insensibilidad posparto.

Cuarta hipótesis, con respecto al enfoque cualitativo sobre las percepciones y evoluciones de los determinantes próximos de la nupcialidad y anticoncepción de las mujeres entrevistadas, se esperaba que la mayoría de las mujeres jóvenes manifestaran sus historias en un escenario negativo a modo de una prueba del no cumplimiento de sus derechos reproductivos, lo que quiere decir que, progresivamente, presentan imposiciones culturales y sociales sobre sus decisiones de fecundidad. Los hallazgos cualitativos muestran que a través del acervo de las entrevistas se logró profundizar y precisar, en su justa medida, la percepción de los procesos reproductivos de las mujeres jóvenes sobre dos determinantes próximos estudiados (nupcialidad y anticoncepción), que además fueron los que presentaron mayor influencia sobre la fecundidad. Asimismo, todas las participantes son definidas como “pioneras”, por cuanto se trata de mujeres cuya condición, por ser estudiantes de licenciatura y residir en zonas urbanas, son considerablemente como un grupo socialmente seleccionado (Quilodrán y Juárez, 2009).

Las temáticas que surgen de forma periódica en sus narraciones aluden principalmente a dos puntos: el respeto de las decisiones de la fecundidad matrimonial y el acceso efectivo a la

anticoncepción. Esto mostraría que la inquietud por limitar a la cantidad de la descendencia estaría asociada con cierta transformación de los contextos culturales-familiares. La percepción de las mujeres entrevistadas acerca de la sociedad en que vivían sus generaciones antiguas considera que era bastante conservadora y que reforzaban los papeles tradicionales: por ejemplo, que la mujer en unión conyugal debía casarse. En esa dinámica, los miembros de la familia influyen significativamente en las intenciones reproductivas de las mujeres entrevistadas, ya que ellas perciben un imperativo social para formar una familia o casarse.

Asimismo, gran parte de las participantes no declaran querer regular su fecundidad, y se puede inferir que son conscientes de la decisión de tener hijos (Quilodrán y Juárez, 2009). El resultado de las narraciones aspiracionales de las mujeres jóvenes es que anhelan tener entre uno o máximo dos hijos, asimismo desean seguir retrasando la unión conyugal y enfocarse en su autonomía. Cabe mencionar que el número de hijos se debe a la referencia de su misma familia, es decir sus padres, donde frecuentemente prevalecieron los dos hijos. Estos hallazgos se inscriben bien en la teoría de la transición demográfica (Chackiel and Schkolnik, 1992; Notestein, 1945; van de Kaa, 2002; Zavala de Cosío, 1992b), de que el declive de la fecundidad corresponde a un contexto de transformación social más extensa que exclusivamente el contexto reproductivo (Quilodrán y Juárez, 2009).

Con respecto a la anticoncepción mediante el marco conceptual del modelo de RWA propuesto por Coale (1977), en términos generales se evidenció que la mayoría de las participantes declararon conocer algún método anticonceptivo moderno; sin embargo, existen temores e inseguridades sobre el uso de estos métodos, hecho que estuvo fuertemente influenciado por las percepciones de los efectos secundarios del método. También existe incertidumbre sobre el acceso a la anticoncepción, ya que expresaron la presencia de obstáculos relacionados a la existencia poco confiable de métodos anticonceptivos y a la disponibilidad de proveedores. Las dificultades que expresan estas mujeres sobre las debilidades y carencias de las instituciones de salud, y las deficiencias de algunos proveedores, se pueden convertir en razones para limitar no sólo el acceso a la anticoncepción, sino también al uso.

Cabe mencionar que el hecho de no incluir el aborto en el análisis, como resultado de la falta de datos adecuados, es una deficiencia importante. Está claro que se necesitan más datos

sobre la incidencia del aborto para medir su efecto sobre la fecundidad. Esta es un área importante y poco investigada, particularmente dados los informes que apuntan a niveles crecientes de aborto (Krejka y Atkin, 1990). Sin embargo, dado el hecho de que las tasas de fecundidad que se obtuvieron caen en gran medida dentro del rango teórico sugerido por Bongaarts y Potter (1983), se puede inferir que el aborto aún no es un factor importante que limite la fecundidad en Ecuador.

6.2 Recomendaciones para el campo de las políticas públicas

Como Zavala (2011) postula, la transición demográfica en Latinoamérica, es decir el tránsito de una mortalidad y fecundidad alta hacia una mortalidad y natalidad baja, se denomina una transición tardía e intensamente acelerada. Esta variación, que puede notarse a partir de cierto cambio de pautas culturales y con las transformaciones de anhelos reproductivos (prácticamente en la cantidad ideal de hijos que quiere la población femenina), se relaciona tradicionalmente con la urbanización, asimismo con la inserción de las mujeres a la fuerza de trabajo y el incremento de sus participaciones sociales, entre otros factores (Chackiel y Schkolnik, 1992). Por lo que es importante en este momento que los hacedores de política pública se centren en la dimensión de los Derechos Humanos y en parámetros de asignación de recursos entre familias, de oportunidades para los infantes y de equidad de género.

En este trabajo de investigación se muestra que, a partir de la década de los 90, el gobierno de Ecuador ha dejado de impulsar las políticas de población, en tanto que los hallazgos presentados proporcionarían una base para diseñar programas de intervención. El matrimonio es tanto un motor como un inhibidor de la fecundidad y, como institución, contribuye en gran medida a la fecundidad porque la mayoría de los niños nacen entre mujeres casadas y unidas. Por lo tanto, se debería promover programas dirigidos a la reducción de matrimonios precoces y embarazos adolescentes. Es imprescindible abogar por políticas dirigidas a la abolición del matrimonio infantil y adolescente, especialmente en las zonas rurales.

Asimismo, se debería alentar a las mujeres casadas a usar métodos anticonceptivos, especialmente porque es más probable que no los usen correctamente. De acuerdo con los datos de la ENSANUT de 2018, el 26.5 % de las mujeres casadas tienen una necesidad insatisfecha

de planificación familiar (17.1 % para el espaciamiento de los hijos y 9.4 % para la limitación de los hijos) (INEC, 2011; OMS, 2020). Este trabajo de investigación también permitió dar una nueva perspectiva de los servicios anticonceptivos, especialmente aquellos que fomentan la planificación familiar posparto temprana y el espaciamiento de los hijos, que deben diseñarse para estas mujeres. Para las parejas que tienen el tamaño de familia deseado, se debería alentar, teniendo en cuenta su consentimiento, al uso correcto de los métodos anticonceptivos modernos (DIU, esterilización, implante, entre otros) para evitar embarazos no planificados. La información sobre estos servicios, así como sobre la salud reproductiva de las mujeres y los derechos de las mujeres a elegir el tamaño de familia que desean, debe ponerse a disposición de las parejas, ya que esto es importante para la salud materna infantil. Deben explorarse medios culturalmente sensibles para difundir esta información y promover estas discusiones.

Esto demuestra que es posible reducir la tasa de crecimiento de la población y controlar la fecundidad, por supuesto teniendo en cuenta los efectos de la mortalidad y la migración; se requieren esfuerzos concertados para influir conscientemente en la fecundidad a través de sus determinantes intermedios. Sin tales intervenciones específicas, la gestión y el mantenimiento del crecimiento de la población seguirán siendo un desafío en Ecuador.

6.3 Futuras líneas de investigación

La investigación no estuvo exenta de limitaciones. Los datos de aborto no estaban disponibles y, por lo tanto, no se incluyeron en el análisis. La disponibilidad de estos datos podría alterar los hallazgos presentados en este estudio. Esta investigación utilizó los datos de las ENSA-NUT 2012 y 2018, ya que son las versiones más recientes de encuestas demográficas de fecundidad. Esto puede implicar que investigaciones similares con datos más recientes podrían arrojar resultados diferentes de los mostrados en la presente investigación. Por tanto, una tarea pendiente de esta investigación en Ecuador sería realizar una investigación similar utilizando datos más recientes, en cuanto estos estén disponibles.

Asimismo, la presente investigación se centró en las mujeres y no incluyó a los hombres. Cabe mencionar que, aunque los hombres no se incluyeron en el estudio, juegan un papel

importante en las preferencias de fecundidad que tienen relación con las tasas específicas de fecundidad (Odimegwu, 2014). Por lo que en un futuro sería deseable estudiar a profundidad los comportamientos reproductivos incluyendo a los hombres.

Por último, la información que proviene de las encuestas por muestreo tiene limitaciones y es preciso integrarlo con otras bases para identificar los fundamentos de la fecundidad. Con datos de las *Demographic and Health Surveys* (DHS), registros administrativos o los datos censales se puede analizar algunas otras variables, por ejemplo, las necesidades insatisfechas de los métodos anticonceptivos, que conducen al embarazo no deseado o no planificado y contribuyen a la implementación de políticas de salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramitzky, R. y Braggion, F. (2003). Malthusian and Neo-Malthusian Theories. *The Oxford Encyclopedia of Economic History*. https://ranabr.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj5391/f/malthusian_and_neo_malthusian1_for_webpage_040731.pdf
- Agudelo, J. (2017). *La planificación familiar. Discursos sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX* (A. Yala, Ed.) [FLACSO ECUADOR]. [libros/146179-opac](https://www.flacso.org.ec/libros/146179-opac)
- Arvizu, A. (2016). *Madres en la universidad: una exploración a las trayectorias educativas y cursos de vida de las estudiantes de la UAM-A* [Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco]. <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/5427>
- Bay, G., del Popolo, F. y Ferrando, D. (2003). *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos* (Población). CEPAL.
- Becker, G. (1960). *An Economic Analysis of Fertility*. <https://www.nber.org/system/files/chapters/c2387/c2387.pdf>
- Bloom, D. E., Boersch-Supan, A., Mcgee, P. y Seike, A. (2011). *Population Aging: Facts, Challenges, and Responses*. <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>
- Boada, B. y Tipán-Jiménez, D. (2020). *Factores asociados en el empleo adecuado de las mujeres jóvenes ecuatorianas en el año 2017*. <http://200.12.169.19/bitstream/25000/22289/1/T-UCE-0005-CEC-358.pdf>
- Boerma, J. T. y Weir, S. S. (2005). Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: The proximate-determinants framework. *Journal of Infectious Diseases*, 191(SUPPL. 1), S61–S67. https://doi.org/10.1086/425282/2/191-SUPPLEMENT_1-S61-TAB001.GIF

- Bonavitta, P. (2010). El pobre como amenaza en la Posmodernidad El pobre como amenaza en la Posmodernidad. *KAIROS. Revista de Temas Sociales.*, 26, 1–13. <http://www.revistakairos.org>
- Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4, 105–132.
- Bongaarts, J. (1982). The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables. *Family Planning*, 13(6), 179–189.
- Bongaarts, J. (2006). The Causes of Stalling Fertility Transitions. *Family Planning*, 37(1), 1–16. <https://www.jstor.org/stable/20058399>
- Bongaarts, J. y Potter, R. G. (1983). Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants. *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, 1–232. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-03021-9>
- Bongaarts, J. y Watkins, S. C. (1996). Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions. *Population and Development Review*, 22(4), 639. <https://doi.org/10.2307/2137804>
- Brugilles, C. (2011). Entre familia y trabajo, roles de género desde la perspectiva de las y los adolescentes. En N. Ojeda & M. E. Zavala-de Cosío (Eds.), *Jovenes fronterizos/Border Youth. Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez* (pp. 2–22). Tijuana, México. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292015000200325
- Buizza, C. y Villafuerte, A. (2020). Ecuador en un contexto de baja fecundidad. *Munich Personal RePEc Archive*, 2–35. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/98088/1/MPRA_paper_98088.pdf
- Bulatao, R. y Lee, R. (1983). *Determinants of Fertility in Developing Countries*. <https://www.jstor.org/stable/2174037>

- Caldwell, J. (1982). *Theory of Fertility Decline*. <http://hdl.handle.net/10419/160357www.econstor.eu>
- Caldwell, J. C. (1977). Towards a restatement of demographic transition theory. *The Persistence of High Fertility. Population Prospects in the Third World*, 2(3), 25–122. <https://doi.org/10.2307/1971615>
- Camino, L. (1995). Lactancia: Una práctica que trasciende los tiempos. *Revista Peruana de Epidemiología*, 8, 2–16. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08_n2/lactancia.htm
- Campero, L., Kendall, T., Mena, A., Caballero, M. y Herrera, H. (2010). El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. *Salud Pública de México*, 52, 61–69.
- Carpio, J., Carrión, D., Jácome, N., García, J., Carrión, F., Pérez, J., Rodríguez, A., Villavicencio, G. y Menéndez, A. (1987). El proceso urbano en el Ecuador. En *ILDIS* (Santiago Escobar). Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. https://ecuador.fes.de/fileadmin/user_upload/pdf/299%20PROURB1987_0092.pdf
- Carrasco, R. (2018). *El programa ¡Bebé, piénsalo bien!* IMPAQTO. <https://impaqto.socia-lab.com/challenges/RetoEmprendimientoUrbano2018/idea/76738>
- Cassio, M. T. y Bernardo, L. Q. (2009). Antes de que sea demasiado tarde: transición demográfica, mano de obra disponible y problemas de la seguridad social en el Brasil. *Notas de Población*, 141–165. <https://acad.colmex.mx/sites/default/files/pdf/6%20-%20Turrá,%20Cassio%20M.%20y%20Bernardo%20L.%20Queiroz.pdf>
- Cavagnoud, R. (2019). Los estudios de población en los países andino-amazónicos (Bolivia, Ecuador y Perú): estado de la cuestión y perspectivas de investigación1. *Bulletin de l'Institut Français d'études Andines*, 48(48 (3)), 239–256. <https://doi.org/10.4000/bifea.10737>

- CELADE. (1974). *Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados: Selección de trabajos WILLIAM BRASS*. Centro Latinoamericano de Demografía. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9754/S7400520_es.pdf?sequence=1
- CEPAL. (2008). La fecundidad en América Latina: Un descenso acelerado y heterogéneo con profundas transformaciones demográficas y sociales. *Observatorio Demográfico*, 5, 1–71. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7184/1/S0310707_es.pdf
- CEPAL. (2011). *Proyecciones de población a largo plazo* (Vol. 1). Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7117/S1100938_mu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina 2015*. <https://acad.colmex.mx/sites/default/files/pdf/Cap.5.pdf>
- CEPAL. (2019a). *Proyecciones de Población*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/4/S1900739_mu.pdf
- CEPAL. (2019b). *América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058 | Comunicado de prensa | Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-alcanzara-sus-niveles-maximos-poblacion-2058>
- CEPAL y CELADE. (2002). *Boletín demográfico Demographic Bulletin Latin America and the Caribbean: selected gender-sensitive indicators*.
- CEPAR. (2004). *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN 2004*. <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf>
- CEPAR. (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 2004*. <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf>

- Chackiel, J. y Schkolnik, S. (1992). La transición de la fecundidad en América Latina. *Notas de Población, CEPAL, CELADE*, 1–34. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12946/NotaPobla55_es.pdf?sequence=1
- Chackiel, J. y Schkolnik, S. (1995). La transición de la fecundidad en América Latina. *Notas de Población*, 1–37. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12946/NotaPobla55_es.pdf?sequence=1
- Chackiel, J. y Schkolnik, S. (2003). *América Latina: los sectores regazados en la transición de la fecundidad*.
- Chávez, Y. ; y Medina, P. (2012). Estructura ocupacional y bono demográfico en el Ecuador. *Análitika: Revista de Análisis Estadístico*, 3(1), 61–67.
- Chesnais, J.-C. (1992). The Demographic Transition: Stages, Patterns, and Economic Implications. *Oxford University Press*, 646. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:oxp:obooks:9780198286592>
- Cleland, J. y Wilson, C. (1987). Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View. *Population Studies*, 41(1), 5–30. <https://doi.org/10.1080/0032472031000142516>
- Coale, A.J. (1977). The development of new models of nuptiality and fertility - Persée. *Population*, 32, 131–150. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1977_hos_32_1_16474
- Coale, Ansley J. (1973). The Demographic Transition Reconsidered. *International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 1*(Proceedings of the International Population Conference 1973), 53–73.
- Coale, Ansley y Trussell, J. (1974). Model Fertility Schedules: Variations in The Age Structure of Childbearing in Human Populations. *Population Index*, 40(2), 185–258. <http://links.jstor.org/sici?sici=0032-4701%28197404%2940%3A2%3C185%3AM-FSVIT%3E2.0.CO%3B2-B>

- Corte Constitucional de Ecuador. (2021). *Informe sobre la despenalización del aborto por violación*. www.corteconstitucional.gob.ec
- Cosío Zavala, M. E. (2012). Les transitions démographiques du XXI^e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques ? *Les Cahiers d'EMAM*, 21, 13–31. <https://doi.org/10.4000/EMAM.518>
- Davis, K. y Blake, J. (1956). Social Structure and Fertility : An Analytic Framework. *Development*, 4(3), 211–235.
- Davis, Kingsley. (1945). The World Demographic Transition: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 237(1), 1–11. <https://doi.org/10.1177/000271624523700102>
- Delaunay, D., León, J. y Portais, M. (1990). Transición demográfica en el Ecuador. En *Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica* (Tomo II ge).
- Díaz, S. (2010). *Lactancia e infertilidad en el periodo postparto*. https://www.icmer.org/documentos/lactancia/lactancia_e_infertilidad_postparto.pdf
- División de Población. (2002). Niveles y tendencias de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia. En Naciones Unidas (Ed.), *La terminación de la transición de la fecundidad: Vol. 48/49* (especial, pp. 1–32). Naciones Unidas. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2002_population_bulletin_48-49_es.pdf
- Durand, J. (2012). El oficio de investigar. *Mexican Migration Project*, 47–75. <https://es.scribd.com/doc/200420986/JORGE-DURAND-El-oficio-de-investigar-pdf>
- Easterlin, R. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, 6(3), 54–63. <https://doi.org/10.2307/1964934>
- Easterlin, R. y Crimmins, E. (1986). The Fertility Revolution: A Supply Demand Analysis. *Population and Development Review*, 12(1), 127. <https://doi.org/10.2307/1973355>

- Esteve, A., Lesthaegue, R. y López-Gay, A. (2012). The Latin American Cohabitation Boom, 1970-2007 on JSTOR. *Population and Development Review*, 38(1), 55–81. <https://www.jstor.org/stable/41857357>
- Estrella Valenzuela, G. (1999). Migración y fecundidad en la frontera norte de México. *Universidad Autónoma de Baja California, Instituto de Investigaciones Sociales*.
- Ferrando, D. (2004). La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras. En *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (pp. 2–34). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6736/S043186_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Freedman, R. (1979). Overview. En L.-I. Cho & K. Kobayashi (Eds.), *Fertility Transition in the East Asian Populations* (pp. 286–298). University Press of Hawaii. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=mWx5iyYR7DYC&oi=fnd&pg=PA72&ots=ftajD0yvOZ&sig=HAMTnxiTuInLCM5g-9sVBHgYneg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- García, B. y Rojas, O. (2002). Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina. *Papeles de Población*, 3, 1–32. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000200002
- Gil, A. (2005). *El descenso histórico de la fecundidad matrimonial en España* [Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4963/fga1de1.pdf.txt?sequence=2>
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research*. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

- Gómez, L. (2021). *Ingresos petroleros en Ecuador: ¿puede el país seguir sosteniendo su economía en el crudo?* Observatorio de Gasto Público de Fundación Ciudadanía y Desarrollo. <https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/ingresos-petroleros-en-ecuador-puede-el-pais-seguir-sosteniendo-su-economia-en-el-crudo>
- González Galbán, H., Palma, Y. y Montes, L. (2007). Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en México. *Papeles de Población*, 51, 2–33.
- González, H., Palma, Y. y Montes, L. (2007). Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en México. *Papeles de Población*, 51.
- Govea Basch, J. (2015). Cambios en la intensidad y el calendario durante la transición de la fecundidad: estudio de tres cohortes de mujeres mexicanas. *Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*, 10, 23–31. <https://doi.org/10.5377/pdac.v10i0.1735>
- Guzmán, J. M., Tórriz, H. y Schkolnik, S. (1989). *Cambios de la fecundidad en Bolivia*.
- Hajnal, I. (1965). European Marriage Patterns in Perspective. En D. V. Glass (Ed.), *Population in History: Essays in Historical Demography* (pp. 101–143). Edward Arnold. <https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/%20G-I/hajnal.1965.european.marriage.pdf>
- Hammel, E. A. (1990). A theory of culture for demography. *Population & Development Review*, 16(3), 455–485. <https://doi.org/10.2307/1972832>
- Henry, L. (1961). Some data on natural fertility. *Eugenics Quarterly*, 8, 81–91. <https://doi.org/10.1080/19485565.1961.9987465>
- Herrera de Rivadeneira, I. (1984). *Evaluación de la Encuesta Nacional de Fecundidad, 1979*. [https://wfs.dhsprogram.com/WFS-SR/ISI-WFS_SR-51_Herrera%20de%20Rivadeneira_1984_Evaluacion%20de%20la%20Encuesta%20Nacional%20de%20Fecundidad%20de%201979%20de%20Ecuador%20\[ES\].pdf](https://wfs.dhsprogram.com/WFS-SR/ISI-WFS_SR-51_Herrera%20de%20Rivadeneira_1984_Evaluacion%20de%20la%20Encuesta%20Nacional%20de%20Fecundidad%20de%201979%20de%20Ecuador%20[ES].pdf)

- Hirschman, C. (1994). Why Fertility Changes. *Annual Review of Sociology*, 20, 203–233. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.SO.20.080194.001223>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Vol. 1). Naciones Unidas.
- INEC. (2001). *Migración y Distribución Espacial 1990 - 2001*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Migracion%20y%20Distribucion%20Espacial%201990-2001.pdf
- INEC. (2011). Comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas en el período 1990-2001. En *Estudios demográficos en profundidad*. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Comportamiento Reproductivo de las Mujeres Ecuatorianas.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Comportamiento_Reproductivo_de_las_Mujeres_Ecuatorianas.pdf)
- INEC. (2012a). *Manual de uso de la información de la ENSANUT 2012*.
- INEC. (2012b). *Proyecciones de la Población de la República del Ecuador 2010-2050*. Dirección De Normativas y Metodologías Del SEN. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/metodologia.pdf
- INEC. (2012c). Proyecciones poblacionales para 2020. En Byron Villacís & D. Carrillo (Eds.), *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador* (6a ed., Vol. 5). Revista Ecuatoriana de Estadística. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>
- INEC. (2012d). *Tomo I de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- INEC. (2018). *Metodología ENSANUT 2018*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Metodologia%20ENSANUT%202018.pdf

- INEC. (2019). *Boletín Técnico de la ENSANUT 2018*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Boletin%20ENSANUT%2028_12.pdf
- INEC. (2020). *Población y Demografía*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC. (2021). Registro Estadístico de Nacidos Vivos. En P. Lugmaña, G; Troya (Ed.), *Boletín Técnico N ° 01-2021-RENV* (Población, pp. 2–14). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2020/Boletin_tecnico_EDF_ENV-2020.zip
- INEC. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Indicadores de La Calidad. <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/891#page=dataappraisal&tab=study-desc>
- INEC y MSP. (2014). *Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Insrán, E. (1990). Análisis de los determinantes proximos de la fecundidad Paraguay. *Población y Desarrollo, 1*, 1–10.
- Ishida, K., Stupp, P. y Ordoñez, J. (2011). *Estancamiento de la disminución de la fecundidad en Ecuador. 2004*(Cuadro 1), 40–43.
- Islam, M. M., Islam, M. A. y Chakroborty, N. (2004). Fertility transition in Bangladesh: understanding the role of the proximate determinants. *Journal of Biosocial Science, 36*(3), 351–369. <https://doi.org/10.1017/S0021932003006333>
- Janesick, V. J. (2016). Contemplative qualitative inquiry: Practicing the Zen of research. *Contemplative Qualitative Inquiry: Practicing the Zen of Research, 1–183*. <https://doi.org/10.4324/9781315431697>

- Juárez, F. y Gayet, C. (2015). Fertility Transition: Latin America and the Caribbean. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, 68–72. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.31087-X>
- Kamal, G., Cleland, J., Amin, S. y Phillips, J. (1994). The determinants of reproductive change in Bangladesh: success in a challenging environment. En *The determinants of reproductive change in Bangladesh: success in a challenging environment*. <https://doi.org/10.2307/2137507>
- Knodel, J. (1983a). *Natural fertility, age patterns, levels and trends* (pp. 61–102). Determinants of Fertility in Developing Countries: A Summary of Knowledge.
- Knodel, J. (1983b). Natural fertility: age patterns, levels and trends. En *Determinants of Fertility in Developing Countries: A Summary of Knowledge* (pp. 61–102).
- Knodel, J. (1987). Starting, stopping, and spacing during the early stages of fertility transition: The experience of German village populations in the 18th and 19th centuries. *Demography*, 24(2), 143–162. <https://doi.org/10.2307/2061627>
- Krejka, T. y Atkin, L. (1990). El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina. *Salud Publica Mex*, 32, 276–287.
- Krueger, R. (1998). Analyzing & Reporting Focus Group Results. *University of Minnesota*, 5–35. <https://doi.org/10.4135/9781483328157>
- Krueger, R. A. (2002). Designing and Conducting Focus Group Interviews. *University of Minnesota*, 1–18.
- Lam, D. (2011). How the World Survived the Population Bomb: Lessons From 50 Years of Extraordinary Demographic History. *Demography*, 48(4), 1231. <https://doi.org/10.1007/S13524-011-0070-Z>
- Lamas, M. (2014). Mujeres, aborto e Iglesia católica. *Revista de El Colegio de San Luis*, 3, 42. <https://doi.org/10.21696/rcsl032012517>

- Lanchimba, C. y Medina, P. (2011). Fecundidad en el Ecuador y su relación con el entorno social y evolutivo. *Analítika : Revista de Análisis Estadístico*, 1(1), 27–51.
- Landry, A. (1987). Adolphe Landry on the Demographic Revolution. *Population and Development Review*, 13(4), 731. <https://doi.org/10.2307/1973031>
- Lesthaeghe, R. (1980). On the social control of human reproduction. *Population & Development Review*, 6(4), 527–548. <https://doi.org/10.2307/1972925>
- Lesthaeghe, R. y Surkyn, J. (1988). Cultural dynamics and economic theories of fertility change. *Population & Development Review*, 14(1), 1–45. <https://doi.org/10.2307/1972499>
- Lesthaeghe, R. y Wilson, C. (1986). Modes of Production, Secularization, and the Pace of the Fertility Decline in Western Europe. En A.I. Coale & S. C. Watkins (Eds.), *The Decline of Fertility in Europe* (pp. 261–292). Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400886692-011>
- Lesthaeghe, Ron y Vanderhoeft, C. (1999). Ready, Willing, and Able: A Conceptualization of Transitions to New Behavioral Forms. En *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*. (Issue January 2001, pp. 240–263).
- Malthus, T. (1798). *An Essay on the Principle of Population*. <http://www.esp.org>
- Mason, K. O. (1997). Explaining fertility transitions. *Demography* 1997 34:4, 34(4), 443–454. <https://doi.org/10.2307/3038299>
- McNicoll, G. (1980). Institutional determinants of fertility change. *Population & Development Review*, 6(3), 441–462. <https://doi.org/10.2307/1972410>
- Mills, M. y Blossfeld, H.-P. (2013). *The Second Demographic Transition Meets Globalization: A Comprehensive Theory to Understand Changes in Family Formation in an Era of Rising Uncertainty*.

- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Campaña de Prevención de Embarazo en Niñas y Adolescentes para el Sistema Educativo*. <https://www.salud.gob.ec/se-presento-en-quito-campana-de-prevencion-de-embarazo-en-ninas-y-adolescentes-para-el-sistema-educativo/>
- Miranda, A., Miranda, P. y Rios, E. (2018). Fertility Differentials by Education in Brazil: From the Conclusion of Fertility to the Onset of Postponement Transition on JSTOR. *Population and Development Review*, 0(0), 1–29. <https://www.jstor.org/stable/26622852>
- Miró, C. y Mertens, W. (1969). Influencia de algunas variables intermedias en el nivel y en las diferenciales de fecundidad urbana y rural de América Latina. *CELADE*, 1–31. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7690/S6900306_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Miró, C. y Potter, J. (1980). *Población y Desarrollo. Estado del conocimiento y prioridades de investigación* (1a ed.). El Colegio de México. <https://libros.colmex.mx/tienda/poblacion-y-desarrollo-estado-del-conocimiento-y-prioridades-de-investigacion/>
- Monge, A. y Rosales, A. (1991). Componentes Intermedios de la Fecundidad, Costa Rica, 1986. *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)*, 1–49.
- Moultrie, T., Dorrington, R., Hill, A., Hill, K., Timaeus, I. y Zaba, B. (2013). *Tools for Demographic Estimation*. International Union for Scientific Study of Population (IUSSP). http://demographicestimation.iussp.org/sites/demographicestimation.iussp.org/files/TDE_2013_2ndImpression_opt_0.pdf
- MSP. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- MSP. (2021). *Lactancia materna en el Ecuador – Ministerio de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna-en-el-ecuador/>

- Naciones Unidas. (1986). *Manual X: Técnicas indirectas de estimación demográfica* (UNFPA & IUSSP, Eds.). Publicación de las Naciones Unidas. https://unsstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/Manual_X-es.pdf
- Naciones Unidas. (2019). *Estimates and standard projection variants*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- Naciones Unidas. (2020). *World fertility and family planning 2020: highlights* (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población, Ed.).
- Narro, J. y Moctezuma, D. (2001). La transición demográfica en América Latina. Algunas consideraciones sobre el caso mexicano. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 44(181). <https://doi.org/10.22201/FCPYS.2448492XE.2001.181.48525>
- Neal, S. E., Chandra-Mouli, V. y Chou, D. (2015). Adolescent first births in East Africa: disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reproductive Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-13>
- Notestein, F. W. (1945). Population- The Long View. En *Food for the world* (pp. 36–57). University of Chicago Press. <https://acad.colmex.mx/sites/default/files/pdf/Notestein.pdf>
- OAS. (2020). *Lactancia materna en los países andinos*. <https://orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/LIBRO%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20LOS%20PAISES%20ANDINOS%202020.pdf>
- Odimegwu, C. (2014). *Understanding resolution of differential fertility preferences among couples in Nigeria*. www.ijbssnet.com
- Olaya, I. y Garma. (1989). *La fecundidad en las áreas rurales y urbanas de México*.
- OMS. (2020). Planificación familiar. En *PLoS Medicine* (Vol. 17, Issue 2). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003026>

- Ordorica–Mellado, M. (2009). En la búsqueda del estado estacionario de la población del planeta. *Papeles de Población*, 15, 39–51. <https://www.re-dalyc.org/pdf/112/11211806003.pdf>
- Ortiz Ávila, E. y Devolder, D. (2018). Evolución de los comportamientos de fecundidad por orden de nacimiento y por nivel educativo en Colombia y República Dominicana. *Novedades En Población*, 14, 2–34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100004
- Ortiz Martínez, J. (2003). La fecundidad regional peruana, determinantes y cambios: 1996-2000. *Universidad Nacional de San Antonio Abad Del Cusco (UNSAAC)*, 22(1–2), 4–10. <https://doi.org/10.51343/SI.V22I12.143>
- Páez, O. y Zavala, M. (2017). Tendencias y determinantes de la fecundidad en México: las desigualdades sociales. *HAL: Archives-Ouvertes*.
- Partida, V. (2004). Tendencias y perspectivas de la fecundidad en México. En *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (pp. 315–345). Publicación de las Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6744?show=full>
- Partida, V. (2018). *Notas para un Curso de Análisis Demográfico*.
- Pedone, C. (2005). “Tú siempre jalas a los tuyos”. Cadenas y redes migratorias de las familias ecuatorianas hacia España. En G. H. María, C. Carrillo, & A. Torres (Eds.), *La migración ecuatoriana transnacionalismo, redes e identidades* (1a ed., pp. 1–45). FLACSO, Sede Ecuador. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/45807.pdf>
- Pérez, G. (2001). *Análisis cualitativo y cuantitativo del embarazo adolescente a nivel nacional*.
- Pierre, J. (2016). *Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en Haití. Aportación de un análisis multinivel*. El Colegio de la Frontera Norte.

- Quilodrán, J. (1983). Algunas características de la fecundidad rural en México. En R. Benítez & J. Quilodrán (Eds.), *La fecundidad rural en México* (primera, pp. 115–138). El Colegio de México, UNAM. https://libros.colmex.mx/wp-content/plugins/documentos/descargas/la_fecundidad_rural_en_mexico.pdf
- Quilodrán, J. y Juárez, F. (2009). Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos. *Notas de Población*. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12841/NP87Quilodran.pdf?sequence=1>
- Ramírez, F. y Ramírez, P. (2005). *La estampida migratoria ecuatoriana. Crisis, redes transnacionales y repertorios de acción migratoria* (CLACSO, Vol. 2). Centro de Investigaciones Ciudad. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/ciudad/20121009105948/ramirez.pdf>
- Rivera Araujo, G. (1993). Estudio del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad peruana. *CEPAL, CELADE*, 1–37. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/9469>
- Robinson, W. C. (1997). The Economic Theory of Fertility Over Three Decades. *Population Studies*, 51(1), 63–74. <https://doi.org/10.1080/0032472031000149736>
- Rodas, G. (2002). *Grandes enfermedades que asolaron a Quito y Guayaquil durante el siglo XVIII y el rol de la iglesia frente a este problema* [Universidad Andina Simón Bolívar]. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3811/1/PI-2002-01-Rodas-Grandes%20enfermedades.pdf>
- Rodríguez, A. y Meneses, J. (2011). Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. *CEPAL*, 2–43. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/adrian_rodriguez.pdf
- Rodríguez Sumaza, C. (1997). La interpretación easterliniana de la fecundidad. Consenso y polémica en torno a la obra del autor. *Revista de Sociología*, 51, 103. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.1860>

- Rodríguez Vignoli, J. (1997). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. *CEPAL*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/33349>
- Rodríguez Wong, L. (2009). Evidences of futher decline of fertility in Latin America. En G. Rodríguez, J. Gúzman, S. Susheela, & A. Pantelides (Eds.), *Demographic transformations and inequalities in Latin America by matilez - Issuu*. Latin America Population Association (ALAP). https://issuu.com/matilez/docs/alap_serieinvestigaciones8_completo
- Rodríguez Wong, L. y Bonifácio, G. (2009). Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI. *Revista Latinoamericana de Población*, 3(4–5), 93–121. <https://doi.org/10.31406/RELAP2009.V3.II.N4-5.7>
- Rodríguez Wong, L., Carvalho, J. A. M. de y Aguirre, A. (2000). Duración de la transición demográfica en América Latina y su relación con el desarrollo humano. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 15(1), 185. <https://doi.org/10.24201/edu.v15i1.1072>
- Rosero Bixby, L. (1992). Las tendencias de la nupcialidad y la transición de la fecundidad en América Latina. *Notas de Población*, 1–26. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12944/NP55-04_es.pdf?sequence=1
- Rosero-Bixby, L. y Castro, T. (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? *Demographic Research*, 20, 169–194. <https://doi.org/10.4054/DEMRES.2009.20.9>
- Ross, J. L., Blangero, J., Goldstein, M. C. y Schuler, S. (1986). Proximate determinants of fertility in the Kathmandu Valley, Nepal: an anthropological case study. *Journal of Biosocial Science*, 18(2), 179–196. <https://doi.org/10.1017/S0021932000016114>
- Salazar, A. (2003). *Teoría de los determinantes de la fecundidad* [Trabajos de grado del CIDER]. http://www2.um.edu.uy/acid/Family_Economics/Teoria_determinantes_fecundidad.pdf

- Schkolnik, S. (2004). La fecundidad en América Latina. En CEPAL (Ed.), *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (pp. 1–496). Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6738/S043186_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schkolnik, S. (CEPAL). (2004). La fecundidad en América Latina. En CEPAL (Ed.), *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (pp. 1–496). Serie Seminarios y Conferencias. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6729/1/S043186_es.pdf
- Schultz, T. W. (1973). New economic approaches to fertility : proceedings of a conference June 8-9, 1972 / sponsored by National Bureau of Economic Research and the Population Council ; edited by Theodore W. Schultz. - Trove. *Journal of Political Economy*. <https://trove.nla.gov.au/work/21285157>
- SENPLADES. (2008). *Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica*. https://sni.gob.ec/documents/10180/3344570/6+Apuntes+sobre+la+evolución+demográfica_senplades.pdf/2be99f2f-7480-4c42-a862-ae14bbaa768f
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017 by Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017 - Issuu*. https://issuu.com/buen-vivir/docs/plan_nacional_para_el_buen_vivir_20/138
- Shorter, E., Knodel, J. y Walle, E. van de. (1971). The Decline of Non-Marital Fertility in Europe, 1880-1940. *Population Studies*, 25(3), 375. <https://doi.org/10.2307/2173074>
- Singh, K., Suchindran, M. y Singh, K. (1993, febrero). Effects of Breast Feeding after Resumption of Menstruation on Waiting Time to Next Conception. *Human Biology*, 116. https://www.jstor.org/stable/41464363?casa_token=tYDYRSkxb10AAAAA%3AAoBfHIPX71_cTJK-TiZzWRwkCkc5Hmu5CUW2vgBIUPYB2HabWSmQ7bILNec_kQLftKNPDOs4ZG8sGVBwbLHHrwwq3b3X5MbYUSxEpuaJpAwWa9kfAPk6&seq=1

- Skinner, G. W. (1997). Family Systems and Demographic Processes. En D.I. Kertzer and T.E. (Ed.), *Anthropological Demography: Toward a New Synthesis* (pp. 53–95). University of Chicago Press. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=BF4mCEbwI90C&oi=fnd&pg=PA53&ots=05kLtY1_hP&sig=0_MGn-Yr2aGtEyxnU3Cf1UlaARU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Spijker, J., López Ruiz, L. y Esteve Palós, A. (2012). Tres décadas de cambio y continuidad en la nupcialidad latinoamericana. *Notas de Población*, 1–32. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12895>
- Szreter, S. (1993). The idea of demographic transition and the study of fertility change: a critical intellectual history. *Population & Development Review*, 19(4), 659–701. <https://doi.org/10.2307/2938410>
- Thompson, W. (1929). Population. *Population. American Journal of Sociology*, 36(6), 959–975. <https://www.jstor.org/stable/2765883>
- Thornton, A. y Fricke, T. E. (1987). Social change and the family: Comparative perspectives from the west, China, and South Asia. *Sociological Forum 1987 2:4*, 2(4), 746–779. <https://doi.org/10.1007/BF01124383>
- Van, D. (2002). *The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries*. <https://wp.aleteia.org/wp-content/uploads/sites/2/2013/08/kaa.pdf>
- Vignoli, J. R. (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. En *CEPAL*. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7184/S0310707_es.pdf
- Villacís, B. y Carrillo, D. (2010). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>

- Watkins, S. C. y Coale, A. J. (1986). *The Decline of Fertility in Europe* (S. C. Watkins, Ed.). Princeton University Press.
- Welti, C. (1998). Determinantes próximos de la fecundidad. En *Programa Latinoamericano de Actividades en Población*.
- Wrigley, E. A. (1966). Family Limitation in Pre-Industrial England. *The Economic History Review*, 19(1), 82. <https://doi.org/10.2307/2592794>
- Zavala de Cosío, M. E. (1988). *Dos momentos en la transición demográfica*.
- Zavala de Cosío, M. E. (1992a). *Cambios de fecundidad en México y política de población* (1a ed.). El Colegio de México. <https://libros.colmex.mx/tienda/cambios-de-fecundidad-en-mexico-y-politicas-de-poblacion/>
- Zavala de Cosío, M. E. (1992b). La Transición Demográfica en América Latina y en Europa. *Notas de Población*, 1–22. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12947>
- Zavala de Cosío, M. E. (1995). Dos modelos de transición demográfica en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 4(6), 43–64. <http://bibdigital.flacso.edu.mx:8080/dspace/handle/123456789/1730>
- Zavala De Cosío, M. E. (2010). Las variables determinantes de la fecundidad Métodos clásicos, avances recientes, perspectivas. *HAL Open Science*, 1–16. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00595458>
- Zavala de Cosío, M. E. (2011). *La diversidad social de la fecundidad en México*. www.colef.mx/eder.
- Zavala de Cosío, M. E. (2019). La fecundidad en las nuevas proyecciones de población en México. *Coyuntura Demográfica*, 1–7. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la->

Zeidenstein, S. (1979). *Learning about Rural Women* (S. Zeidenstein, Ed.; 1a ed., Vol. 1). Population Council. https://books.google.com.mx/books/about/Learning_about_Rural_Women.html?id=453WAAAAMAAJ&redir_esc=y

ANEXOS

Anexo 1. Tamaño de la población urbana y rural de América Latina y el Caribe, alrededor de 2000 (Porcentajes del total de la población)

Países	Rural (%)	Urbano (%)
Haití	59	41
Guatemala	54	46
Honduras	54	46
Nicaragua	44	56
Paraguay	43	57
Costa Rica	41	59
Ecuador	39	61
Bolivia	38	62
Panamá	38	62
El Salvador	37	63

Fuente: Elaboración propia con información de Naciones CEPAL-CELADE (2002).

Anexo 2. Guía de entrevista

Ficha de registro de la entrevista

No. de Entrevista: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

Introducción

Buen día, mi nombre es Dayana Paola Tipán Jiménez y soy estudiante de la maestría en Demografía de El Colegio de México. Estoy realizando mi tesis sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas que se encuentran en edad fértil, es decir entre 15 a 49 años y es por este motivo que me interesaría entrevistarlas y conocer un poco sobre sus experiencias de sus vidas reproductivas como estudiantes, además me gustaría recopilar información sobre sus expectativas e historias sobre el matrimonio, la maternidad y los métodos anticonceptivos. Les comento que las respuestas son estrictamente anónimas.

nimas, es decir que nunca se citaran sus nombres. Además, este documento de consentimiento es importante para que se reconozca que no están recibiendo ninguna retribución por la colaboración en la investigación, esto puede ir ligado a que los fines que se le darán a la investigación son exclusivamente académicos. De antemano les agradezco su cooperación y comenzaré con las preguntas.

Preguntas

Para iniciar me gustaría que pudieras relatarme que piensas del **matrimonio** ¿Cuál es su estado civil? soltera, unida, en matrimonio, separada o viuda

- ¿A quién de ustedes les gustaría casarse?
- ¿A qué edad te proyectas formar una familia? (poco o mucho tiempo)
- ¿Cuáles son sus planes en el caso que no quieran casarse? ¿Y mientras tanto que les gustaría hacer? Identificar las razones porque quieren retrasar el matrimonio.
- ¿Consideras que ha cambiado como vivían tu madre o tu abuela? Identificar los cambios culturales, sociales y género que actualmente acarrear las generaciones más antiguas.

En el caso que respondan que actualmente son madres (**maternidad**) ¿Alguien de ustedes tienen hijos/as? Teniendo en cuenta que son estudiantes.

- ¿A qué edad tuvieron su primer hijo?
 - ¿Cómo ha sido sus experiencias de ser madre y estudiante a la vez?
 - ¿En comparación con la visión de tu madre o abuela cómo concibes la maternidad?
- 2. Ahora te agradecería si pudieras contarme sobre los **métodos de planificación** familiar o métodos para no tener hijos que conoces, ¿por favor podrías enumerar los métodos anticonceptivos que conoces? Identificar los métodos anticonceptivos que utilizan y la manera en cómo los utilizan.
 - ¿De esos métodos, por favor enumérame cuáles has usado?
 - ¿A qué edad empezaste a utilizar estos métodos?

- ¿Cómo conocieron de estos métodos anticonceptivos? ¿Quién las asesoro sobre la salud sexual? ¿Conocen programas de capacitación, sobre paternidad responsable y planificación familiar?
- En el caso que estén casadas ¿Conocen de los métodos anticonceptivos? ¿Qué métodos anticonceptivos utilizan?

Por último, para cerrar esta actividad vamos a conversar sobre sus planes a futuro: ¿Cuáles son sus planes de vida después de graduarse de la universidad?

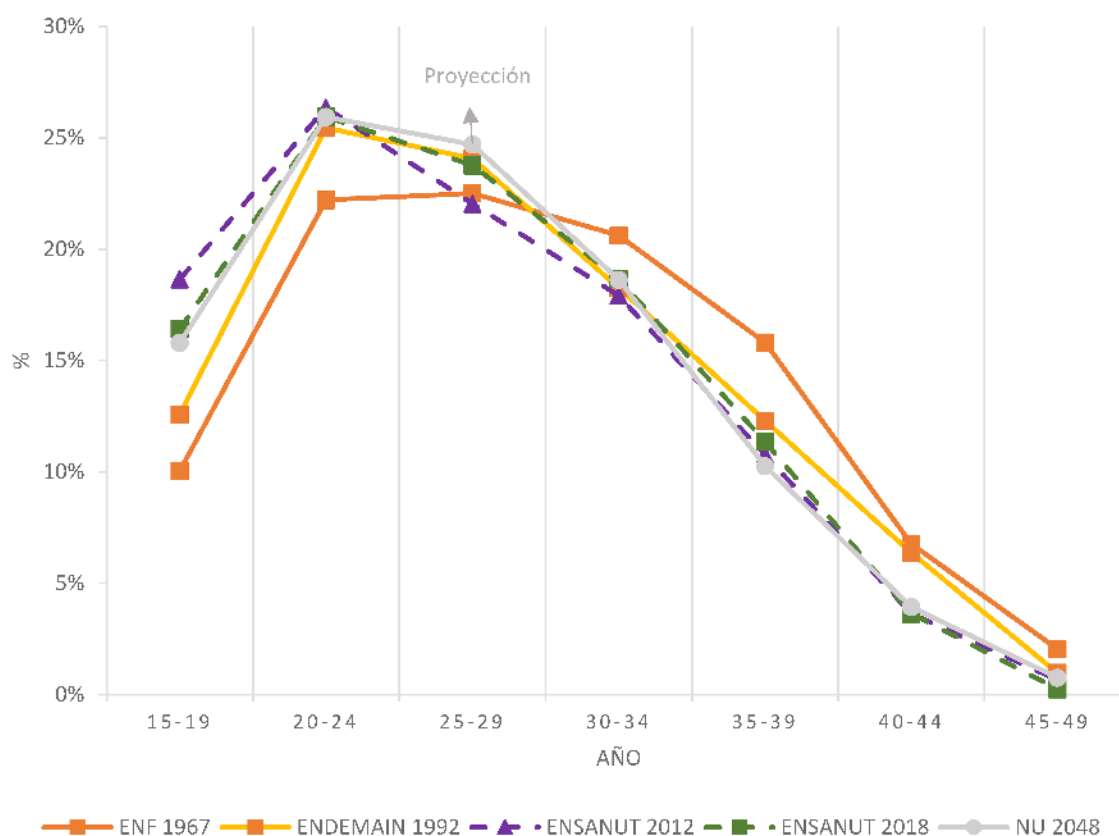
Aquí finaliza la entrevista, agradezco enormemente el apoyo y la sociabilidad que tuvieron para participar y apoyar a mi proyecto de investigación. Cabe mencionar que para cualquier consulta acerca de la investigación en curso pueden escribir al correo electrónico dtipan@colmex.mx. ¡Muchas gracias y ha sido un placer!

Anexo 3. Mujeres entrevistadas: características generales de las mujeres estudiantes

	Pseudónimo	Edad	Estado civil	Tiene hijos	Área de residencia
Grupo focal 1	Valentina	30	Soltera	No	Urbana
	Florencia	27	Unión libre	No	Urbana
	Antonella	25	Soltera	No	Rural
	Naye	24	Soltera	Sí	Rural
	Antonia	23	Soltera	Sí	Rural
	Anna	22	Soltera	No	Urbano
	Fernanda	22	Soltera	No	Rural
	Paula	22	Soltera	No	Urbana
	Catalina	21	Soltera	No	Urbana
	María	21	Soltera	No	Rural
	Emilia	20	Soltera	Sí	Rural
Lucía	20	Soltera	No	Rural	
Grupo focal 2	Isabella	29	Soltera	No	Urbana
	Paola	25	Soltera	Sí	Rural
	Isla	24	Soltera	No	Urbana
	Mia	23	Soltera	No	Rural
	Daniela	22	Soltera	Sí	Rural
	Martina	22	Soltera	No	Rural
	Alba	22	Soltera	No	Urbana
	Emily	22	Soltera	No	Rural
	Dayana	21	Soltera	No	Rural
	Olivia	21	Soltera	No	Urbana
	Lily	21	Soltera	No	Urbana
	Sara	20	Soltera	No	Rural
	Carla	20	Soltera	No	Rural
	Julia	20	Soltera	No	Urbana
Jessica	20	Soltera	No	Urbana	
Alba	20	Soltera	No	Urbana	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Evolución de la tasa específica de fecundidad, 1967 – 2063



Fuente: Elaboración propia con información de Naciones Unidas, World Population Prospect (2019) [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/> (1958 – 2038) y ENSANUT (2012 y 2018).

Anexo 5. Estimaciones y proyecciones del uso de métodos de anticonceptivos de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años

(En porcentajes)

ENSANUT (Estimaciones)		NU (Proyecciones)	
2012	2018	2012	2018
81.07	81.55	57.29	56.74

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018 y de las proyecciones de Naciones Unidas (2020).

Anexo 6. Proporción de mujeres actualmente casadas o unidas, según uso de métodos anticonceptivos y la efectividad. Nacional y por zonas. 2012 y 2018

Año	Métodos	Nacional		Urbano		Rural		
2012	Métodos modernos	Prop.	Efectividad	Prop.	Efectividad	Prop.	Efectividad	
	Esterilización femenina	34.54	1	34.58	1	34.44	1	
	Norplant	6.15	0.99	5.64	0.99	7.49	0.99	
	Inyectable	11.59	0.98	11.15	0.98	12.75	0.98	
	Pastillas anticonceptivas	11.92	0.97	11.15	0.97	13.90	0.97	
	DIU	5.43	0.97	5.74	0.97	4.63	0.97	
	Condón	5.80	0.7	6.37	0.7	4.33	0.7	
	Píldora anticonceptiva	0.07	0.91	0.03	0.91	0.17	0.91	
	Otros	0.45	0.7	0.49	0.7	0.34	0.7	
	Métodos tradicionales							
	Ritmo o calendario	5.12	0.7	5.22	0.7	4.84	0.7	
		Uso de métodos anticonceptivos						
	No		18.93		19.62		17.11	
Sí		81.07		80.38		82.89		
2018	Métodos modernos	Prop.	Efectividad	Prop.	Efectividad	Prop.	Efectividad	
	Esterilización femenina	30.82	1	31.83	1	28.40	1	
	Norplant	9.66	0.99	8.13	0.99	13.32	0.99	
	Inyectable	16.11	0.98	14.80	0.98	19.24	0.98	
	Pastillas anticonceptivas	3.06	0.97	0.38	0.97	0.33	0.97	
	DIU	11.34	0.91	11.09	0.91	11.92	0.91	
	Condón	5.58	0.7	6.26	0.7	3.95	0.7	
	Píldora anticonceptiva	0.37	0.91	3.39	0.91	2.28	0.91	
	Otros	0.63	0.7	0.79	0.7	0.26	0.7	
	Métodos tradicionales							
	Ritmo o calendario	3.98	0.7	4.57	0.7	2.57	0.7	
		Uso de métodos anticonceptivos						
	No		18.45		18.75		17.73	
Sí		81.55		81.25		82.27		

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de las ENSANUT 2012 y 2018.