



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

**Educación y Fecundidad en México y
Colombia**

Tesis presentada por

Leonor Paz Gómez

Para optar por el grado de

**DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD
EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

**Director de tesis
Dr. Carlos Welti Chanes**

MÉXICO, D.F.

Abril de 2009



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

Constancia de aprobación

Director de Tesis: Dr. Carlos Welti Chanes

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Mtra. Beatriz Figueroa Campos

2. Dr. Carlos Brambila Paz

**3. Dra. María del Rosario de Fátima Juárez Carcaño
(Suplente)**

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a:

Mi Director de tesis, por haberme brindado la oportunidad de contar con su experiencia científica, por sus constantes críticas y sugerencias que fueron fundamentales para llevar a cabo esta investigación.

Los lectores de esta tesis, los distinguidos maestros del Doctorado: Beatriz Figueroa y Carlos Brambila por sus valiosos y elaborados comentarios que contribuyeron a enriquecer este trabajo.

La Doctora Fátima Juárez, por su apoyo como Directora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ecológicos; y como lectora de mi trabajo.

El Colegio de México, A. C., que me recibió como estudiante de postgrado y concretamente, a todas las personas que forman parte de esta Institución que directa o indirectamente me han apoyado.

La Pontificia Universidad Javeriana, en donde hice estudios de Posgrado en Demografía.

La Universidad del Cauca, en donde inicié mi formación académica.

La Dra. Anna Cabré y Plá, por haberme brindado la oportunidad de completar mi visión de los problemas de población de América Latina, mientras realicé una estancia académica en el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona, con el apoyo del Programa ALFAPOP.

La Dra. Montserrat Solsona por su calidez y generosidad.

Mi familia por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo analizar la relación entre educación y fecundidad en Colombia y México. El marco analítico utilizado permitió clasificar las variables que actúan directamente sobre la fecundidad en tres grandes grupos denominados respectivamente: factores de oferta, factores de demanda y factores de regulación. En el primer grupo se analizó la edad a la primera unión conyugal, la edad al primer hijo y la mortalidad infantil; los factores de demanda están representados por los ideales de fecundidad es decir, la expresión del número ideal de hijos y finalmente el uso de anticonceptivos como factor de regulación para hacer coincidir la oferta y la demanda de hijos.

La investigación está dividida en tres partes: la primera parte contiene los aspectos teórico-metodológicos del trabajo, desarrollados en los capítulos II al III.

En el segundo capítulo en que se aborda el marco teórico de la relación educación y fecundidad, se hace una reflexión sobre la fecundidad como un proceso social y se describen los diversos esquemas teóricos a través de los cuales se ha estudiado. En cuanto al análisis de la educación como indicador del estatus de la mujer; se reconoce que la educación es una variable que en gran medida define el estatus de la mujer al darle mayor poder de decisión, de tal manera que esto explicaría su efecto sobre el comportamiento reproductivo, específicamente observable a través de su resultado en el número de hijos. La educación modifica el estatus de la mujer y puede incidir en la toma de decisiones con respecto a su reproducción. Finalmente, se describe el marco analítico en el que se ubica la relación educación fecundidad y se hace referencia al abordaje teórico a partir del cual diversas corrientes de pensamiento interpretan esta relación.

El Tercer capítulo contiene una descripción de la evolución de los niveles educativos de las mujeres mexicanas y colombianas, las diferencias educativas entre los distintos grupos de mujeres y las tendencias observables en décadas recientes.

La segunda parte contiene los capítulos IV al IX y la tercera parte contiene las conclusiones.

En el Cuarto capítulo, se realiza un análisis del nivel de fecundidad según educación en México y Colombia, se muestran los patrones de fecundidad por edad y posteriormente los patrones de fecundidad de algunas cohortes según nivel de escolaridad.

En los capítulos V, VI, y VII, se analiza la relación entre fecundidad y educación desde el lado de las variables de oferta. Se muestra la relación entre educación y edad a la primera unión; edad al nacimiento del primer hijo; y entre educación y mortalidad infantil.

En los capítulos VIII y IX se analizan las variables de demanda y regulación y por tanto, se incluye la relación entre la educación y el tamaño de familia y la educación y la planificación familiar.

En este estudio se concluye que: a) En los dos países hay importantes transformaciones educativas entre las que se destaca el abatimiento del analfabetismo sobre todo entre las generaciones de mujeres jóvenes. La cobertura educativa a nivel básico es casi universal y se ha dado un incremento de la población escolar en el nivel medio y superior. Esto ha hecho que las mujeres hayan aumentado su escolaridad y que se haya reducido la brecha educativa existente entre hombres y mujeres.

b) Los resultados de esta investigación confirman la relación entre el nivel de escolaridad de la mujer y los factores que actúan directamente sobre la fecundidad, de tal manera que puede afirmarse a través de la evidencia empírica, que en Colombia y México un mayor nivel de escolaridad de las mujeres está asociado con una menor fecundidad.

c) La edad de inicio a la unión muestra una tendencia hacia su postergación tanto en Colombia como en México; sin embargo, lo más importante es que entre los diferentes grupos educativos, hay un comportamiento diferencial; de tal manera que la edad de la formación de la unión conyugal se pospone cada vez más, en la medida en que las mujeres tienen mayores niveles educativos

d) Los datos analizados confirman que las mujeres más escolarizadas son las que tienen mayores cuidados prenatales, tanto en los controles médicos durante su embarazo, como en lo referente a la aplicación de la vacuna antitetánica y la atención médica durante el parto.

e) En virtud de que ha sido un tema de interés para la investigación demográfica el efecto que pueda tener la mortalidad infantil sobre la fecundidad a partir de lo que se denomina “efecto reemplazo”, es decir, la necesidad de asegurar el número de hijos deseados con una fecundidad elevado ante la muerte de un hijo, se observó este posible efecto a través del promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres según hubieran tenido o no, la experiencia de la muerte de un hijo y se observó que las mujeres que han perdido a su primer hijo tienen en promedio mayor número de hijos.

f) En el ámbito de lo que se denominó factores de “demanda” representados por el deseo de tener determinado número de hijos, una de las conclusiones más significativas de este apartado es que los datos de Colombia y México parecen confirmar la posición de autores como Pritchett (1994) para quien, “el reto de reducir la fecundidad es el reto de reducir los deseos de la gente respecto a su fecundidad, no de reducir la fecundidad no deseada”. Puede afirmarse esto, a partir de los resultados que muestran que entre algunos sectores de la población el número ideal de hijos continúa siendo elevado.

g) Las metas reproductivas han cambiado entre las generaciones de mujeres, las más jóvenes tienen el ideal cercano a los dos hijos, en tanto que las de mayor edad aunque expresan que desearon tener menos hijos que los que han tenido, aún persiste en ellas la idea de una familia numerosa; idea que se pierde cuando se incrementa el nivel de escolaridad de las mujeres, ya que incluso independientemente de la generación a la que se pertenezca, una mayor educación implica un deseo por tener menos hijos.

h) Si bien existe la percepción generalizada que el conocimiento de anticonceptivos es prácticamente universal, la información más reciente, permite suponer que entre la imagen de este conocimiento universal que se genera a través de la mención que hacen las mujeres sobre los métodos de los cuales han oído hablar y el conocimiento real, hay todavía una gran distancia, por lo que se hace necesario impulsar acciones que amplíen este conocimiento, especialmente entre las mujeres con menores niveles de escolaridad.

i) El análisis comparativo sobre el uso de anticonceptivos, ha mostrado que en el caso de Colombia, es posible suponer que las acciones desplegadas por las organizaciones encargadas de ofrecer servicios de planificación familiar han logrado una mayor cobertura entre las mujeres con menor nivel de escolaridad, si se le compara con la situación observada en México.

j) Un aspecto especialmente significativo y pocas veces analizado según nivel de escolaridad, es el relacionado con las razones que declaran las mujeres para no usar anticonceptivos y que hace más clara la necesidad de ampliar la información sobre estos métodos ya que el temor a efectos colaterales y una actitud de no estar de acuerdo con la anticoncepción, se encuentran muy relacionadas con la escolaridad de la mujer.

INDICE

PRESENTACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN	7
1.2. Alcance de la investigación	11
1.3. Objetivos del estudio.....	12
1.4. Estructura de la investigación	12
1.5. Hipótesis de trabajo.....	14
1.6. La observación empírica de la relación entre educación femenina y fecundidad.....	16
CAPÍTULO 2: MARCO ANALÍTICO	29
2.1. Introducción	29
2.2. La fecundidad.....	29
2.2.1. La fecundidad en la teoría de la modernización	30
2.2.2. Teoría de la transición demográfica.....	32
2.2.2.1. La segunda transición demográfica	36
2.2.3. La fecundidad dentro de la teoría económica	37
2.2.4. La fecundidad desde el punto de vista del enfoque histórico estructural	42
2.3. La educación en la explicación de los cambios en la fecundidad.....	45
2.3.1. La escuela como agente de socialización.....	46
2.4. La relación entre educación y fecundidad en los estudios demográficos	49
2.5. Educación y estatus de la mujer.....	51
2.5.1. Educación y autonomía.....	55
2.5.2. Educación, fecundidad y estatus de la mujer	57
2.6. Propuesta de análisis	59
2.7. Modelo de interpretación	60
2.7.1. Las variables y sus indicadores.....	61
2.7.2. Medición de la fecundidad.....	62
2.7.3. Medición de la educación	64
2.7.4. Medición de las variables de oferta.	68
2.7.4.1. Edad a la primera unión.....	69
2.7.4.2. Edad al primer hijo.....	69
2.7.4.3. Mortalidad infantil	70
2.7.5. Medición de las variables de demanda	71
2.7.5.1. Tamaño de familia deseado	71
2.7.6. Medición de las variables de regulación.....	71
2.7.6.1. Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar	71

CAPÍTULO 3: SITUACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA Y MÉXICO	75
3.1. Aspectos relevantes de la educación en Colombia y México.....	75
3.2. Panorama de la educación en Colombia y México.....	86
3.2.1. Analfabetismo.....	86
3.2.2. Años promedio de escolaridad de la población	92
3.2.3. Educación primaria.....	95
3.2.4. Educación secundaria y bachillerato.....	98
3.2.5. Educación superior.....	102
3.3. El nivel de escolaridad de la población femenina en edad reproductiva en las encuestas de fecundidad.....	107
Segunda Parte.....	111
CAPÍTULO 4: EDUCACIÓN Y FECUNDIDAD	111
4.1. Introducción.....	111
4.2. La evolución de la fecundidad en Colombia.....	112
4.3. La evolución de la fecundidad en México.....	127
4.4. Cambios de la fecundidad entre 1986 y 1995.....	146
4.4.1. La Fecundidad Marital.....	151
4.4.2. Fecundidad y escolaridad.....	156
4.4.3. Fecundidad por generaciones.....	160
4.4.4. Cuantificación de la aportación que el cambio en la composición educacional de la población femenina hace al descenso de la fecundidad.....	179
CAPÍTULO 5: EDUCACIÓN Y EDAD A LA UNIÓN	183
5.1. Introducción.....	183
5.2. Importancia de la edad a la unión en el estudio de la fecundidad.....	185
5.2.2. Relación entre educación y el inicio de la unión conyugal.....	186
5.3. Edad de inicio de la unión en México y Colombia.....	187
5.3.1. Edad de inicio de la unión conyugal y educación.....	190
CAPÍTULO 6: EDUCACIÓN DE LA MUJER Y EDAD AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO.....	199
6.1. Antecedentes.....	199
6.2. Aspectos conceptuales.....	202
6.3. Variables asociadas con la edad al nacimiento del primer hijo.....	203
6.3.1. Edad a la menarca.....	203
6.3.2. Edad a la primera relación sexual.....	210
6.4. Edad al nacimiento del primer hijo.....	224
6.4.1. Edad al primer hijo y escolaridad.....	233
6.5. Ideales de fecundidad. Edad para tener al primer hijo.....	249
6.6. Intervalo entre el primer matrimonio y el primer hijo.....	252
CAPÍTULO 7: EDUCACIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL.....	259

7.1. Antecedentes	259
7.2. Educación y Mortalidad infantil	263
7.3. La salud materno-infantil y la educación de la madre	268
7.4. Evolución de la mortalidad infantil en México y Colombia	272
7.5. La atención del embarazo y el parto y su relación con la mortalidad infantil	275
7.5.1. Atención prenatal	276
7.5.2. Inmunización contra el tétano	285
7.5.3. Atención durante el parto	287
7.6. Estimación de la mortalidad infantil en México y Colombia, según los datos de las encuestas	294
7.7. El efecto reemplazo y las probabilidades de crecimiento de las familias	295
7.8. La mortalidad infantil y el intervalo intergenésico	300
7.9. Mortalidad infantil y fecundidad acumulada	301
CAPÍTULO 8: EDUCACIÓN Y TAMAÑO DE FAMILIA DESEADO	303
8.1. Antecedentes	303
8.2. El papel de la educación en el tamaño de familia deseado	312
8.3. Número ideal de Hijos	317
8.4. Ideales de fecundidad y escolaridad	329
8.5. El deseo de más hijos	335
8.6. Tamaño ideal de familia y fecundidad acumulada. Fecundidad no deseada	342
8.7. Número ideal de hijos y sexo de los hijos	349
8.8. La valoración de los hijos, el nivel de escolaridad y los ideales reproductivos	350
CAPÍTULO 9: EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	357
9.1. Antecedentes	357
9.2. Fundamentos teóricos para explicar el papel de la anticoncepción en las diferencias de la fecundidad	362
9.3. Resultados de la investigación empírica	370
9.4. La planificación familiar en México y Colombia	373
9.5. La Planificación Familiar en Colombia	373
9.6. Evolución del conocimiento y uso de anticonceptivos en Colombia	378
9.7. La Planificación Familiar en México	381
9.8. Evolución del conocimiento y uso de anticonceptivos en México	384
9.9. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en México y Colombia según las encuestas de 1995	396
9.9.1. Conocimiento de métodos anticonceptivos y escolaridad	400
9.9.2. Conocimiento del periodo reproductivo	402
9.10. Uso de Métodos de planificación familiar en México y Colombia, 1995	405
9.10.1. Uso actual por tipo de método	406
9.11. Anticoncepción en la primera relación sexual	436
9.12. Escolaridad, comunicación en la pareja, toma de decisiones y uso de anticonceptivos	440
9.13. Participación en la toma de decisiones y uso de anticonceptivos	446
Tercera Parte	459

CONCLUSIONES	459
APÉNDICE METODOLÓGICO: FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA.....	469
1. Fuentes de información.....	469
1.1. Los Censos.....	469
1.2. Encuestas de México.....	470
1.2.1. Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud 1987.....	470
1.2.1.1. Características de la muestra.....	470
1.2.2. Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995	472
1.2.2.1. Población de estudio	472
1.2.2.2. Cuestionarios.....	473
1.2.2.3. Cobertura y características de la muestra.....	473
1.2.2.4. Tamaño de la Muestra.....	474
1.2.2.5. Diseño de la Muestra	476
1.3. Encuestas de Colombia.....	477
1.3.1. Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, 1986.....	477
1.3.1.1. Población de estudio	477
1.3.1.2. Cobertura y características de la muestra.....	477
1.3.1.3. Cuestionarios.....	479
1.3.2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995.....	480
1.3.2.1. Características de la muestra.....	480
1.3.2.2. Diseño y selección.	480
1.3.2.3. Unidades de muestreo	481
1.3.2.4. Cuestionarios.....	481
1.4. Razones de selección de las Encuestas	482
BIBLIOGRAFÍA	483
Índice de cuadros	509
Anexo I: Cuadros	518
Cuadros del Apéndice metodológico	518
Índice de Gráficas	518

PRESENTACIÓN

Al observar los datos de las encuestas de fecundidad realizadas en América Latina que mostraron el elevado nivel de esta variable todavía en los años 60 y su posterior descenso hasta llegar a niveles cercanos al reemplazo generacional, una diferencia suficientemente clara es aquella que aparece al clasificar a las mujeres según su nivel de escolaridad.

A través del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL) y mientras era estudiante de la maestría en demografía de la Universidad Javeriana en Bogotá, pude analizar los resultados de estas encuestas realizadas en los años sesenta en nueve ciudades capitales de la región¹, llamó mi atención que la población femenina de Bogotá y México tuviera una fecundidad marital muy similar y que fuera la más alta de la región: la Tasa Global de Fecundidad marital era superior a siete hijos por mujer y las diferencias entre grupos educacionales eran muy evidentes en ambas ciudades. Además de esta observación, en el análisis de los resultados que se hacía en la publicación correspondiente (CELADE-CFSC, 1972) se estimaba que las diferencias entre las mujeres más y menos educadas eran realmente pequeñas, si se les comparaba con las que existían en los países en los cuales se practicaba ampliamente la anticoncepción, lo que permitía suponer que en los próximos años en Latinoamérica, la incorporación a la práctica anticonceptiva incrementaría estas diferencias, porque se esperaba que serían las mujeres más escolarizadas las que controlarían su fecundidad haciendo uso de los métodos modernos y efectivos, mientras que las mujeres menos escolarizadas mantendrían su elevada fecundidad.

Esto pudo comprobarse con los datos que aportó cada una de las encuestas que sucesivamente se vinieron realizando en cada país. Sin embargo, ya no sólo resultaba interesante constatar las diferencias en la fecundidad sino poder explicar su origen, especialmente porque su propia evolución parecía relacionada con el avance en la transición demográfica, de tal manera, que en las etapas más avanzadas de esta transición las diferencias después de incrementarse nuevamente disminuyen.

¹ El Programa de Encuestas en su primera fase dedicado a investigar la fecundidad urbana de allí que se llamó PEFFAL-URBANO, originalmente se desarrolló en siete ciudades: Buenos Aires, Río de Janeiro, Bogotá, San José, México, Panamá y Caracas, posteriormente se sumaron las ciudades ecuatorianas de Quito y Guayaquil.

Mi incorporación al El Colegio de México, me dio oportunidad de involucrarme a diversos proyectos en los cuales se analizaba la evolución de la fecundidad en América Latina y me pude dar cuenta que no sólo en los años 60 la situación de Colombia, mi país de origen y México, mi país de destino, mostraban situaciones muy similares desde el punto de vista demográfico. Fue evidente que la fecundidad descendió de manera acelerada en los últimos 25 años del siglo XX, con una gran diferencia entre estos dos países: mientras en México a partir de 1973 se hace explícita una política de población y se crea un espacio institucional, el Consejo Nacional de Población para coordinar las acciones en esta materia, y las instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social o la Secretaría de Salud participan activamente en la puesta en marcha de los programas de planificación familiar; en el caso de Colombia hasta la fecha no se ha establecido una política que pueda denominarse de población y las acciones que tienen como objetivo influenciar la fecundidad han sido desarrolladas por organizaciones no gubernamentales, entre las que destaca PROFAMILIA.

Junto con este descenso espectacular de la fecundidad en años recientes, se puede constatar un incremento en el nivel educativo de las mujeres tanto en México como en Colombia, lo que lleva a pensar que, igual que existe un proceso de transición de la fecundidad en materia educativa, existe todo un proceso que bien podría llamarse *transición educativa*, que forma parte de toda una serie de transformaciones sociales y cuyas manifestaciones son tales que, al mismo tiempo que se incrementa la escolaridad de la población en general, la brecha entre mujeres y hombres tiende a disminuir, lo que está muy relacionado con las transformaciones de orden social y demográfico que se producen en cada sociedad.

Estudiar la relación entre educación y fecundidad en dos contextos nacionales de los cuales tengo un conocimiento cercano, puede constituir un aporte personal al conocimiento de las sociedades latinoamericanas y, como se detalla a lo largo del texto, se justifica desde diversos puntos de vista, para reiterar la importancia de objetivos de política social que se propongan la modificación del estatus de las mujeres y hacer evidente que los beneficios que tiene en una sociedad el ofrecer más y mejor educación a la mujer, además de sus efectos sobre la fecundidad impacta a la sociedad en su conjunto.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como propósito estudiar la relación entre educación y fecundidad en dos países: Colombia y México, a través del análisis de los factores que en ella intervienen y estimar la importancia de cada uno de ellos en la explicación de las diferencias en la fecundidad de las mujeres según su nivel de escolaridad, en la medida en que esto refleja la influencia de la estructura social sobre la reproducción de la población en el contexto más general del cambio social.

En los países de América Latina en décadas recientes se han dado transformaciones sociales aceleradas que han impactado de maneras muy distintas las condiciones de vida de la población. Al centrar la atención en la población femenina, lo más relevante de este proceso son las modificaciones de su situación social, entre las que sobresale una participación creciente en la actividad económica remunerada, su incorporación a mayores niveles de escolaridad y el descenso de su fecundidad.

Más allá del interés que para la demografía representa el análisis de la baja en las tasas de fecundidad y la identificación de sus determinantes directos, las características de este proceso permiten estudiar, la interacción entre situaciones de cambio social global y cambio demográfico. El análisis de la relación entre la escolaridad de la mujer y la fecundidad ofrece una posibilidad en este sentido.

La existencia de la relación entre educación y fecundidad ha sido ampliamente reconocida y constatada a través de diversos estudios demográficos en países en desarrollo (United Nations, 1983, 1995; Castro, 1995). Estudios empíricos han mostrado la existencia de una relación inversa entre estas dos variables; es decir, las mujeres que tienen mayor nivel educativo, tienen un menor número de hijos que aquellas sin educación. Sin embargo la relación no es directa ni mecánica (Cochrane, 1979; United Nations, 1987, 1995).

Una revisión de la literatura demográfica producida en América Latina en los últimos años sobre esta materia, muestra que hay pocos estudios que aborden en profundidad la investigación del efecto de la educación de la mujer sobre el número y espaciamiento de los hijos a lo largo de su vida reproductiva. Parece que lo obvio de esta relación ha hecho que el interés de los investigadores se concentre en la medición precisa de los cambios que se producen en los niveles agregados de la fecundidad y en el análisis de las variables que le afectan directamente,

como pueden ser los patrones de nupcialidad o el uso de anticonceptivos. Incluso, cuando se ha hecho el análisis de esta relación, éste se ha limitado a la observación de diferencias en el número total de hijos nacidos vivos, o la estimación de tasas de fecundidad para diversos grupos de mujeres clasificadas según su escolaridad y pocas veces se intente una explicación de los orígenes de estas diferencias. (Hernández y Flórez. 1979; Gougain, 1979; Ordóñez 1985; Prada y Ojeda. 1987; Zambrano, 1979; Hayase, 1994; Castro, 1995)

Los primeros análisis de esta relación estuvieron basados en información proveniente de los censos de población y en las encuestas de fecundidad cuyos resultados permitieron comparar la situación en los países de la región. La oportunidad de contar con información de buena calidad para analizar la relación mencionada, con base en las Encuestas de Fecundidad y Salud (Demographic and Health Surveys) y otras encuestas nacionales, permite desarrollar en el presente trabajo un análisis comparativo de dos países latinoamericanos: Colombia y México, en los que se ha observado en las décadas recientes un descenso acelerado de la fecundidad y como en muchos otros países, una clara relación entre escolaridad y número y espaciamiento de los hijos, a través del efecto que ésta tiene sobre variables que en última instancia determinan su resultado final.

Las condiciones socioeconómicas en cada uno de los dos países estudiados permiten caracterizar los orígenes de los cambios observados y ponderar el peso de algunos de los factores responsables de la disminución de la fecundidad. En ambos países el incremento en las proporciones de usuarias de métodos anticonceptivos ha sido espectacular; sin embargo, mientras en México la participación del sector gubernamental ha sido decisiva para garantizar en términos cuantitativos el éxito del programa de planificación familiar, en Colombia a pesar de que no ha existido un apoyo explícito del sector público a este tipo de programas, el papel de organizaciones de la sociedad civil ha sido tal que sus logros son evidentes y se produce una incorporación masiva de la población femenina a la práctica de la anticoncepción. Dicha incorporación ha sido diferencial entre los grupos sociales y se refleja claramente en los niveles de fecundidad.

En virtud de que la práctica anticonceptiva no constituye un fin en sí mismo en el diseño de una política de población, vale la pena explorar el resultado de los procesos que han llevado a la población de México y Colombia a modificar su comportamiento reproductivo y el análisis de la relación entre educación y fecundidad es una vía adecuada.

Por la complejidad de la relación entre educación y fecundidad y las posibilidades que el análisis ofrece en términos del diseño de políticas públicas, el estudio de esta relación tiene no sólo un interés puramente académico, sus conclusiones tienen profundas implicaciones para el diseño de una política de población que tome en cuenta que la modificación en el estatus social de las mujeres debe estar en el centro de esta política.

A través de la investigación en América Latina, al clasificar a las mujeres según su nivel de escolaridad, se ha observado que las diferencias más importantes en la fecundidad se dan entre mujeres que no asistieron a la escuela y aquellas que completaron al menos la educación primaria, (Weinberger, 1989; Castro, 1995; Castro y Juárez, 1996), situación que probablemente esté apuntando hacia la existencia de una relación entre estatus social de la mujer y fecundidad, ya que en los países de la región hasta muy recientemente, que una mujer concluyera la educación primaria la colocaba en una situación desde la cual se ampliaba su horizonte de actividades y conocimientos y por tanto sus oportunidades de avance económico.

La educación es ampliamente mencionada como un concepto clave en el entendimiento del comportamiento reproductivo, algo único inherente o asociado a la propia educación de las mujeres hace que ésta produzca cambios significativos en el comportamiento reproductivo (Kassarda, 1986).

En países en desarrollo la transición de un comportamiento tradicional a uno moderno, se ha constituido en un hecho importante en la reducción de los niveles de fecundidad, la educación de las mujeres ha contribuido a esa transición a través del mejoramiento de la posición de la mujer dentro del hogar y la comunidad; la educación permite a la mujer asumir más autonomía, poder y mayor control de su propia vida así como participar en la toma de decisiones familiares y en decisiones concernientes a su comportamiento reproductivo, (Mason, 1984, 1992; Kassarda, 1986; Smock, 1981) es decir, la educación le permite a la mujer tener mayor reconocimiento dentro de la familia incluso por las figuras tradicionales de autoridad y reduce las desigualdades genéricas al interior de la pareja y dentro del hogar, (Caldwell, 1979, 1985; Jejeebhoy, 1995). De igual manera, y como señalan autores como Oppong, (1983); Caldwell, (1980) y Kassarda, (1986), la educación inculca actitudes que favorecen la anticoncepción y restringen el tamaño de la familia, lo cual ayuda a que las mujeres participen de otras actividades y tengan intereses que vayan más allá de lo doméstico, (Kritz y Gurak, 1989; Levine, 1991).

Para ubicar en el contexto social más general la relación entre la fecundidad y la escolaridad, resulta relevante establecer la forma en que los cambios sociales se relacionan con un descenso en la fecundidad. Esta influencia se puede evaluar identificando las variables que manifiestan concretamente el efecto de la educación femenina sobre la fecundidad, y explicando el proceso mediante el cual cada una de ellas la influye. Es decir, el mejoramiento de la educación de las mujeres y con ello la modificación de su estatus, no puede afectar directamente la fecundidad, sino a través de otros factores intervinientes.

Una forma de analizar de manera conjunta las influencias de la educación sobre la fecundidad, cuando se tiene información a nivel individual como es el caso de aquella proveniente de encuestas, es la construcción de un modelo en donde pueda ser formalizado el efecto de la educación sobre la demanda de hijos, su oferta y la regulación de la fecundidad. En este modelo los conceptos de oferta y demanda no tienen una connotación económica y únicamente son utilizados como elementos de clasificación de hechos y acciones del individuo relacionados con la procreación.

La oferta se refiere al número de hijos nacidos vivos que una mujer puede potencialmente tener a lo largo de su vida reproductiva y tiene que ver con el nivel de lo que técnicamente se conoce como “fecundidad natural”, con la sobrevivencia de los niños y con el patrón de nupcialidad. Por lo que hace a la demanda, ésta hace referencia al número de hijos deseado y queda definida por los costos y beneficios que percibe una mujer por tener determinado número de hijos, sin que estos costos se limiten a aspectos económicos.

En el caso de la regulación de la fecundidad ésta constituye la acción práctica que permite el equilibrio de la oferta y la demanda, equilibrio que se logra en la medida en que se incrementa la habilidad del individuo para usar los métodos y técnicas contraceptivas que le permitan conseguir el número de hijos que desea tener.

Es claro que en este esquema se trata de cuantificar las relaciones entre los factores que influyen a la fecundidad; sin embargo, la inclusión de un concepto central como es el de autonomía, permite una comprensión de las relaciones que supera la cuantificación e intenta explicarlas.

1.2. Alcance de la investigación

Este estudio está enfocado específicamente a analizar la relación educación de la mujer y fecundidad a nivel individual; sin embargo, es importante tener en cuenta tanto el papel del contexto y el hecho de que entre las mujeres unidas, la educación del esposo también juega un papel preponderante en la fecundidad; no obstante, estudios empíricos han reportado que es más importante el efecto de la escolaridad femenina que el efecto de la escolaridad del esposo (United Nations, 1983; Cleland y Rodríguez, 1988).

Por lo que hace al papel de las variables contextuales que interactúan con la escolaridad, la investigación muestra que la fecundidad no sólo disminuye conforme la escolaridad de la mujer aumenta, el tamaño de la localidad de residencia tiene un efecto tal, que las mujeres que no asistieron a la escuela, pero residen en las grandes ciudades tienen una fecundidad similar a la de las mujeres que completaron la educación secundaria y viven en localidades menores a quince mil habitantes, además las mujeres más escolarizadas que en cualquier tipo de localidad tienen el menor número de hijos muestran una fecundidad cada vez más baja según se incrementa el tamaño de la localidad (Paz y Welti, 2003). Es decir, el ambiente social multiplica el efecto de la educación. Estos resultados hacen evidente la necesidad de contar con información de las características de la localidad que, además de no estar disponible en la mayoría de las encuestas no siempre se puede incorporar fácilmente en modelos de interpretación de esta relación.

Este estudio utiliza específicamente como variable explicativa de los niveles de la fecundidad diferencial la educación de la mujer, a través del número de años completados en el sistema educativo formal; sin embargo, ello no quiere decir que no se reconozca la importancia de la educación no formal como influencia sobre la fecundidad. Algunos estudios, muy escasos, por cierto, han analizado la relación fecundidad y educación no formal y han encontrado también una relación inversa entre estas variables (Welti, 1989). La calidad y los contenidos educativos son otros aspectos que no se incluyen en este estudio y no cabe duda que estos aspectos juegan un papel importante en la relación con el comportamiento reproductivo, es decir el contenido que tenga la enseñanza curricular puede afectar conocimientos, actitudes y prácticas en esta materia.

Aunque el término educación supera en complejidad y alcance teórico al término escolaridad, en este trabajo ambos términos son considerados como sinónimos y por lo tanto al hablar de educación se hace referencia a la transmisión de valores y conocimientos teóricos y prácticos a través del sistema escolar. Operacionalmente, la variable se mide por los años de estudio completados.

1.3. Objetivos del estudio

El objetivo final de este estudio es mostrar la importancia de la educación en la determinación de la comportamiento reproductivo femenino y evaluar su efecto sobre las variables relacionadas directamente con este comportamiento que son: el inicio del período de exposición al riesgo de concebir al establecer una unión conyugal, la edad de inicio de la maternidad y el efecto de la mortalidad infantil sobre los intervalos genésicos como factores relacionados con la “oferta potencial de hijos”; mientras que por el lado de “la demanda”, se ha considerado el deseo de tener determinado número de hijos y el efecto de la mortalidad infantil que actúa sobre la fecundidad a través del denominado efecto reemplazo y el uso de anticonceptivos como parte de la regulación de la fecundidad.

El estudio también pretende generar insumos para el diseño de políticas encaminadas a mejorar el estatus de la mujer que entre otros impactos permitan la concreción de sus ideales de fecundidad como ejercicio de sus derechos reproductivos.

En términos analíticos se busca mostrar el efecto de la escolaridad sobre el comportamiento reproductivo, así como analizar la transformación en los patrones reproductivos asociados a los cambios en la composición educacional de diversas generaciones de mujeres representadas en el corte transversal en que se ubican las encuestas de fecundidad realizadas en 1995, en dos países latinoamericanos: Colombia y México.

1.4. Estructura de la investigación

La investigación está dividida en tres partes: la primera parte contiene los aspectos teórico-metodológicos del trabajo, desarrollados en los capítulos II al III; se incluye en la primera parte una descripción sobre aspectos relevantes de la situación educativa en los dos

países analizados. En la segunda parte, se hace un análisis transversal y longitudinal de la fecundidad de las mujeres mexicanas y colombianas según nivel educativo, así como el análisis de la relación educación-fecundidad a través de los que se han denominado factores de oferta, demanda y regulación, ésta se desarrolla en los capítulos, IV, V, VI VII, VIII y IX . La tercera parte contiene las conclusiones.

En el segundo capítulo en que se aborda el marco teórico de la relación educación y fecundidad, se hace una reflexión sobre la fecundidad como un proceso social y se describen los diversos esquemas teóricos a través de los cuales se ha estudiado. Posteriormente se realiza un análisis del concepto educación y se hace referencia a la escuela como la institución encargada de la socialización de los individuos y a la transmisión de valores, que en este caso tienen que ver con el comportamiento reproductivo; se revisan los planteamientos más significativos en esta materia, los cuales permiten establecer la importancia de la educación formal, para hacer evidente que a pesar de las diferentes dimensiones asociadas a ella, y la gran complejidad de sus manifestaciones, en el fondo la educación se identifica fundamentalmente con la educación escolarizada en el sentido de que en las sociedades modernas, es la educación organizada institucionalmente la más relevante para influenciar la conducta de los individuos. Se considera que la educación, constituye un proceso mediante el cual se interiorizan normas, valores e ideas, permitiéndole al individuo una capacidad de razonamiento autónomo y es el sistema educativo el mecanismo más importante en su transmisión y reproducción.

En cuanto al análisis de la educación como indicador del estatus de la mujer; se reconoce que la educación es una variable que en gran medida define el estatus de la mujer al darle mayor poder de decisión, de tal manera que esto explicaría su efecto sobre el comportamiento reproductivo, específicamente observable a través de su resultado en el número de hijos. La educación modifica el estatus de la mujer y puede incidir en la toma de decisiones con respecto a su reproducción. Es decir, la mujer más educada, además de tener información, cuenta con mayor autonomía, está en capacidad de planificar el número de hijos que desea tener, así como el momento en que los desea tener, puede iniciar una relación conyugal cuando y con quien lo desee sin que sea obligada a ello y puede influenciar la sobrevivencia de sus hijos a través del cuidado de su salud, lo que finalmente hará innecesario tener muchos hijos para garantizar que algunos de ellos sobrevivan.

En esta parte, se hace una revisión de las investigaciones dedicadas al análisis de la relación entre educación y fecundidad. De la revisión se concluye que si bien se ha identificado una relación sistemáticamente negativa entre estas dos variables, hay casos atípicos en los que no se percibe esta relación e incluso, se manifiesta en forma contraria a lo esperado.

Finalmente, se describe el marco analítico en el que se ubica la relación educación fecundidad y se hace referencia al abordaje teórico a partir del cual diversas corrientes de pensamiento interpretan esta relación.

El Tercer capítulo contiene una descripción de la evolución de los niveles educativos de las mujeres mexicanas y colombianas, las diferencias educativas entre los distintos grupos de mujeres y las tendencias observables en décadas recientes.

En el Cuarto capítulo, se realiza un análisis del nivel de fecundidad según educación en México y Colombia, se muestran los patrones de fecundidad por edad y posteriormente los patrones de fecundidad de algunas cohortes según nivel de escolaridad.

En los capítulos V, VI, y VII, se analiza la relación entre fecundidad y educación desde el lado de las variables de oferta. Se muestra la relación entre educación y edad a la primera unión; edad al nacimiento del primer hijo; y entre educación y mortalidad infantil.

En los capítulos VIII y IX se analizan las variables de demanda y regulación y por tanto, se incluye la relación entre la educación y el tamaño de familia y la educación y la planificación familiar.

Finalmente se presentan las conclusiones y los principales hallazgos de la investigación así como las implicaciones que ello tiene en el diseño de políticas públicas.

1.5. Hipótesis de trabajo

La hipótesis central del trabajo es que el nivel de educación transforma la condición de la mujer a nivel del hogar otorgándole mayor autonomía en las decisiones respecto a su reproducción, lo cual se refleja en su nivel de fecundidad.

Se supone que la educación puede afectar la vida de las mujeres a través de muchos canales.

- La educación incrementa el acceso al conocimiento, a la información y a nuevas ideas. Esta ampliación del horizonte de percepciones en conjunto, puede incrementar las oportunidades en el mercado de trabajo y modificar el estatus social.

- La educación genera cambios en aspectos de la autonomía que impactan en el comportamiento reproductivo: a) autonomía en la búsqueda de información básica útil para la vida cotidiana, o conocimiento de las condiciones asociadas con la exposición al riesgo de concebir; b) incorporación a prácticas modernas e información especializada; c) autonomía social y económica, es decir, acceso y control de los recursos familiares y, d) incremento de la autoestima en términos de mejoras en el estatus social e identificación de su condición de individuo con poder de decisión.

Influenciando uno o más de estos aspectos de la autonomía de la mujer, es que se espera que se manifieste concretamente el efecto de la educación en la fecundidad (Bulatao y Lee, 1983; Kritz y Gurak, 1989; Jejeebhoy, 1995; Caldwell, 1996; Jeffery y Basu, 1996; Karuna, 1996).

Como puede suponerse, el mejoramiento de la educación de las mujeres y la modificación de su autonomía, no puede afectar directamente la fecundidad, por lo tanto el efecto se produce a través de tres caminos: a) la influencia en la oferta de hijos, es decir, el número de hijos que una pareja puede tener y que puede verse modificada por el retraso en la edad a la unión y del nacimiento del primer hijo y por el nivel de la mortalidad infantil; b) influencia en la demanda de niños, a través del número de hijos que una pareja quiere tener, con lo que la educación afecta el tamaño de familia deseado y finalmente, c) a través de la regulación de la fecundidad, al incidir en las prácticas que se refieren al control de la fecundidad, como factor central para hacer coincidir oferta y demanda.

1.6. La observación empírica de la relación entre educación femenina y fecundidad.

La comprensión de la relación educación fecundidad, siempre ha sido una preocupación de los estudiosos de la población; bajo diferentes concepciones teóricas se han realizado trabajos empíricos en los cuales se muestra la existencia de la relación.

Hasta muy recientemente, dos tipos de análisis han sido los que han dominado la investigación empírica en la que se aborda la relación entre educación y fecundidad. El primero se refiere a los estudios que describen los niveles diferenciales de fecundidad y su evolución en el tiempo, el segundo, analiza el efecto que tiene la educación en los denominados determinantes próximos de la fecundidad; la edad al matrimonio, la anticoncepción y la lactancia. Después de un largo periodo en el que predominaron este tipo de aproximaciones, se sistematiza el análisis para clasificar en un esquema de oferta, demanda de hijos y regulación de la fecundidad, cada uno de los factores, para llegar a un esquema que introduce el estatus femenino, condición de la mujer y autonomía como elementos que explicarían la relación educación fecundidad y que se manifiestan en cada uno de los factores mencionados.

La relación entre educación femenina y fecundidad, ha sido investigada durante varias décadas en los países en desarrollo como reflejo de una preocupación constante por saber porqué la educación tiene un efecto en la fecundidad, tanto desde el punto de vista demográfico, es decir, por lo que significa para explicar científicamente el comportamiento reproductivo; como desde el punto de vista de las políticas de población, por las posibilidades de mostrar que el incremento en el nivel de escolaridad de la población femenina además de constituir un fin en sí mismo, tiene efectos sobre la dinámica demográfica y el ejercicio de los derechos reproductivos.

De los resultados de un gran número de observaciones realizadas en gran variedad de contextos y a lo largo del tiempo, se concluye que la relación es mucho más compleja de lo que se piensa y por lo tanto no es directa ni mecánica; si el patrón más común evidencia una relación negativa, la relación positiva también ha sido encontrada.

En 1979 aparece el trabajo realizado por Cochrane que en la actualidad es una referencia que no debe faltar en el análisis del tema y que constituye una revisión exhaustiva de los trabajos en los que se analiza esta relación. En su trabajo la autora concluye que en los estudios que usan datos transversales y en los que se controla por el efecto de la estructura de edad y el tamaño de la localidad de residencia se evidencia: a) una relación no lineal entre la fecundidad y la

educación, b) una fuerte relación inversa tanto en áreas urbanas y rurales, c) una posible diferencia en la relación entre escolaridad y fecundidad para hombres y mujeres. En el análisis a nivel individual, la autora concluye que la educación de la mujer tiene mayor peso que la del hombre y d) al comparar los resultados con estudios longitudinales se estima una relación inversa más fuerte en este tipo de estudios que en estudios transversales. Otro de los resultados es que, usando datos a nivel agregado, para relacionar transformaciones en el perfil educativo de las mujeres y evolución de la fecundidad, entre los países menos desarrollados se observa que la educación no parece estar asociada con una baja en la fecundidad, ya que ésta se produce incluso sin cambios significativos en la educación femenina. La relación negativa aparece en regiones como América Latina, que tienen economías más desarrolladas y mejores sistemas escolares (Cochrane, 1979; Castro, 1995).

En la década de los ochentas y principios de los 90s, con los datos de las Encuestas de Fecundidad (World Fertility Survey WFS) y con los de las encuestas de Fecundidad y Salud, (Demography Health Survey (DHS) en sus dos rondas de los años 80s y 90s, se elaboran trabajos que estudian la relación educación fecundidad, en los cuales se concluye que generalmente la educación ejerce una influencia negativa en la fecundidad. El trabajo de Naciones Unidas (United Nations, 1995), muestra que los patrones de la relación entre educación y fecundidad no son uniformes en todas las condiciones de desarrollo de los países, pero este trabajo de 1995, confirma una serie de conclusiones a las que se llegó en un estudio similar realizado en 1987, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Primero, es indudable la existencia de la relación entre escolaridad de las mujeres y fecundidad. Cuando las mujeres con 10 o más años de escolaridad son comparadas con mujeres que no tienen ningún nivel de escolaridad, la fecundidad de las primeras es significativamente menor que la de las segundas. Esta relación se sostiene en muchos países, tanto en estudios transversales como longitudinales y controlando o no los factores socioeconómicos.

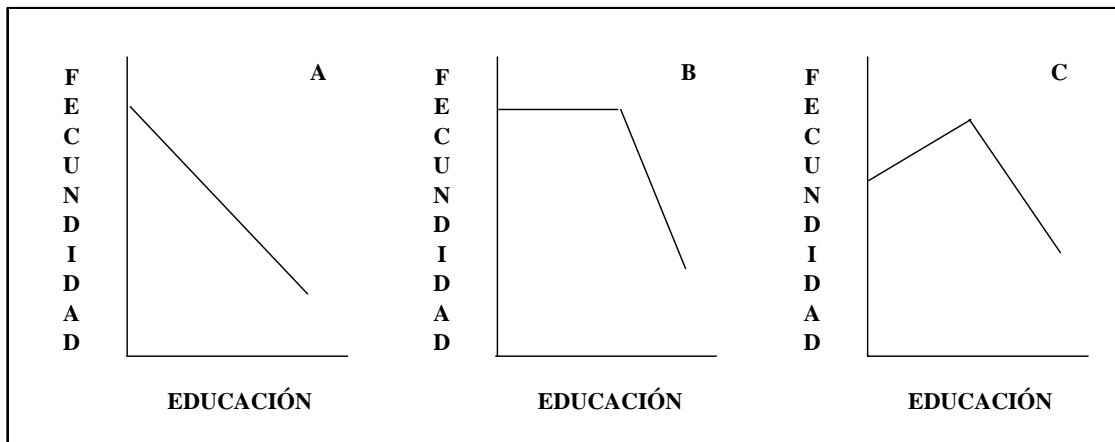
- Los diferenciales de la fecundidad por educación no son uniformes en todas las condiciones de desarrollo de una sociedad. El grado de asociación varía significativamente entre países y regiones geográficas, sugiriendo que la educación de la mujer no es una fuerza en abstracto con idénticas repercusiones en todas las sociedades, pero si, condicionada por el desarrollo socioeconómico, la estructura social y el contexto cultural.

- Con pocas excepciones, se observó la relación inversa entre educación y fecundidad. En algunos de los países menos desarrollados, se encontró que la educación tiene un efecto positivo en la fecundidad en el rango más bajo del nivel de escolaridad.

Ya Cochrane (1979), en el trabajo mencionado muestra dos patrones de la relación entre educación y fecundidad; gráficamente el primero tiene una forma curvilínea y el segundo una forma recta e inversa. Posteriormente, Cleland y Jejeebhoy (1996), observaban tres patrones bien claros que ocurren generalmente en la relación educación-fecundidad.

En el primero (patrón A), se da un descenso lineal, de tal manera que a mayor escolaridad menor fecundidad y este ha sido encontrado predominante en Asia y América Latina, el segundo (patrón B) es un patrón donde se observa una elevada fecundidad que se mantiene hasta que se alcanza un cierto nivel de escolaridad y que constituye el umbral de cambio; este patrón generalmente se encuentra en África y en algunos países Asiáticos y el tercero (patrón C) ilustra una situación en la cual la fecundidad inicialmente se incrementa con la exposición a la escuela formal pero subsecuentemente cae. Este patrón también ha sido observado en África y en algunas partes de Asia.

Esquema No. 1



Fuente: Cleland, J., and S. Jejeebhoy. 1996.

En un trabajo posterior Diamon y Varle (1999), muestran gráficamente formas aún más complejas que describen la relación entre educación - fecundidad. Los autores encuentran que los patrones son cuatro: el primero es el de la relación lineal inversa, el segundo es un modelo curvilíneo de una U invertida en el cual las mujeres con poca o con elevada educación se ubican

en los picos con altas tasas de fecundidad; el tercero es el de una J invertida en la cual tanto las mujeres menos educadas como las más educadas tienen una fecundidad menor que aquellas en los grupos intermedios de educación. La J y la U invertidas son las formas menos comunes de observar esta relación. Un cuarto patrón es la relación positiva.

Comparando los patrones empíricos documentados hace una década con los más recientes, se observa que el impacto de la educación en la fecundidad ha venido transformándose. En los resultados del estudio de Naciones Unidas (United Nations 1987), la relación curvilínea fue encontrada en 14 de los 38 países analizados con datos de la World Fertility Survey, en contraste este patrón fue encontrado únicamente en 3 de los 26 países analizados con información de la Demography Health Survey, en el estudio posterior de Naciones Unidas (United Nations, 1995).

Con datos de 59 países del mundo en desarrollo, los resultados mostraron que en poco menos de la mitad (26 países), se hacía evidente una estrecha y sistemática relación inversa entre educación de la mujer y fecundidad (Jejeebhoy, 1995). Al respecto, la relación inversa es definida como un patrón en el cual la fecundidad cae en cinco por ciento o más entre las mujeres con educación primaria, comparada con las sin educación y continúa cayendo o mantiene su nivel entre mayor educación tenga la mujer. En el patrón curvilíneo, la fecundidad aumenta entre cinco por ciento o más entre las mujeres con 1 a 3 años de escolaridad para caer después, o bien permanece sin cambio y cae después.

El umbral en el que se hace evidente el efecto de la educación sobre la fecundidad, es otro aspecto que sale a la luz en las investigaciones. Así, en el trabajo de las Naciones Unidas (United Nations, 1987) basado en la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad, se planteaba que no es probable observar un efecto significativo de la educación en la fecundidad hasta en tanto una sociedad no alcance cierto umbral mínimo de desarrollo económico y social y a nivel individual se sugiere similarmente que una mujer necesita un nivel mínimo de escolaridad para que esto se manifieste en una menor fecundidad.

Los estudios realizados sugieren que el umbral mínimo varía de acuerdo al contexto, región y nivel de desarrollo. Bajos niveles de educación parecen ser necesarios para hacer perceptibles los cambios en la fecundidad en América Latina y el Caribe. En regiones aún más pobres y con mayor analfabetismo, parece que es necesario tener niveles educativos más elevados para que el descenso de la fecundidad se produzca (Jejeebhoy, 1995).

Umbrales elevados se han visto en lugares como el Sub-sahara Africano y el sur de Asia, así como en lugares pobres y con bajos niveles educativos y en los cuales es elevada la estratificación por género. En esos lugares un aumento significativo de la educación (media o secundaria por ejemplo) puede ser una condición para que las mujeres se motiven a tener pocos hijos o a tener control de su propia reproducción. En países más desarrollados, unos pocos años de escolaridad pueden ser suficientes para reducir la fecundidad.

La relación educación-fecundidad ha sido estudiada también como parte de las investigaciones que relacionan a ésta con otras variables socioeconómicas, como ingreso, industrialización o urbanización. Aunque la educación no es la variable central de estos análisis, hace parte del marco explicativo, puesto que muestra el efecto que tiene el cambio social sobre la fecundidad.

Otra característica de los estudios de la fecundidad en los que aparece la educación como variable explicativa, es que en una gran proporción éstos se han concentrado en observar lo que sucede en las áreas urbanas, pues se parte del supuesto de que la modernización de las sociedades se produce en un espacio urbano en el cual ocurren los grandes cambios de la sociedad, que se reflejan entre otros procesos en la baja de la fecundidad, al mismo tiempo que se observa un aumento de los niveles educacionales, lo que ya es en sí mismo un indicador del proceso de modernización, que se traduce a nivel macro en una relación inversa entre años de estudio e hijos tenidos (Rowe, 1980).

Desde los primeros estudios que se hicieron basados en las encuestas de fecundidad, se mostró que los niveles educativos y la asistencia a la escuela son factores más poderosos que la urbanización en la disminución de la fecundidad (Bogue, 1969). La educación es una fuerza motriz muy importante detrás del control de la fecundidad. Cada nivel sucesivo de educación lleva consigo una disminución progresiva de las tasas de natalidad (Graff, 1979).

En general, en la región latinoamericana, que por otra parte refleja muy bien lo que sucede en otras partes del mundo, se puede ver que los logros educacionales de la mujer definen tres niveles de fecundidad, uno bajo (tasa global de alrededor de 2 hijos), en el grupo de educación media o superior; uno intermedio (tasa global de 3.4 hijos) en el grupo con 4 a 6 años de instrucción y uno alto (tasa global de 4.7 hijos) en el grupo con educación primaria incompleta (CELADE, 1981).

Utilizando los datos censales y por medio de un análisis de regresión, se muestra que de las variables sociales relacionadas con la fecundidad: la escolaridad de la mujer juega un papel muy importante. Así por ejemplo, los trabajos de varios autores como Kassarda, (1971); Kirk, (1974) y Repetto, (1974) muestran una asociación fuerte entre educación y fecundidad.

Los estudios transversales en el ámbito regional, proporcionan mayor entendimiento de esta relación. Han sido varios los estudios a nivel regional que han encontrado una relación entre estas dos variables, sobre todo en países de América Latina. A partir de una correlación simple, Stycos, (1968) encuentra una asociación generalmente inversa entre alfabetismo y la razón niños/mujer en once países de América Latina. Aunque la relación reportada es inversa, otros estudios, usando regresiones múltiples y controlando variables como la urbanización, reportan que no siempre se da así esta relación. Por ejemplo, Hicks (1970) en un estudio de México, encuentra evidencias del cambio en el sentido de la relación educación-fecundidad. En 1960, según este autor, la relación era positiva y en 1970 es negativa. Hay varias explicaciones dadas respecto al carácter de la relación. Stycos (op. cit.) argumenta que la relación es únicamente inversa, cuando hay altos niveles de alfabetismo y es interesante mencionar que, según este autor, cuando la relación no es la esperada pueden existir otros factores que la explican como los datos o las medidas utilizadas que hacen que se presente una relación positiva.

Uno de los problemas presentados en los estudios pioneros de esta relación, que han sido mencionados en el párrafo anterior, es la forma de medir la educación. Es posible suponer que hay diferencia en el efecto que pueda tener la alfabetización, los años de escolaridad y la matrícula escolar en la fecundidad.

Al examinar la relación entre educación y fecundidad, se menciona una serie de vías a través de las cuales el mejoramiento de los niveles educativos afecta negativamente la fecundidad. Una de ellas es la participación de la mujer en el mercado laboral y su relación con la fecundidad. Al respecto hay una gran discusión, puesto que las explicaciones de esta relación no han sido definidas claramente. Con esta perspectiva, la hipótesis que ha guiado la investigación sobre este tema ha sido la de la incompatibilidad de roles (Welti, 1989), o bien que en la medida en que la mujer tiene mayor educación y participa en la actividad económica remunerada ella asume un rol menos tradicional (Rindfuss, 1980). Así, se considera que la participación de la mujer en el mercado laboral genera una serie de posiciones e ideas respecto al tamaño de familia y la misma modificación en posición de la mujer dentro del contexto social y

familiar afecta algunas variables intermedias como la edad al matrimonio, conocimiento y uso de anticonceptivos y que la mujer opte por un tamaño de familia pequeño, de tal manera que la educación se convierte en un buen predictor de su fecundidad futura (Bumpass y Westoff, 1970).

En la medida en que las mujeres con un mayor nivel de educación tienen tasas más altas de participación en la actividad económica, al examinar la asociación entre la participación de la mujer en la fuerza de trabajo y la fecundidad, la generalización de que a cualquier edad ambas están negativamente asociadas tiene un apoyo empírico bastante firme en los estudios realizados en América Latina, (Elizaga, 1974; Arrext, 1976); sin embargo la presencia de tal relación depende de otros factores; uno de ellos es la naturaleza del trabajo. Los descensos de la fecundidad son diferenciales dependiendo del hecho de que la mujer trabaje en su hogar o fuera del hogar (Gómez, 1981).

Rindfuss (1980), discute algunas de las posibles relaciones entre educación y fecundidad, y sus implicaciones en el rol ocupacional de la mujer.

La educación y la edad al primer nacimiento, pueden afectar los roles y aspiraciones educativas de la mujer. Algunas mujeres quieren reducir su fecundidad para obtener mayores ingresos a través de mejores empleos, pero para algunas esto significa que tienen que retornar a la escuela; otras, por el contrario, que no han tenido ni tienen la opción de ir a la escuela, buscarían incrementar su fecundidad puesto que hay una mayor satisfacción con el rol de madre. Este estudio muestra que la educación tiene un fuerte y significativo efecto en la edad al primer nacimiento y que el sentido de esta relación va de la educación a la edad al primer nacimiento.

La metodología utilizada en la verificación empírica del impacto de factores sociales en la fecundidad se basa en: 1) la consideración del efecto de una sola variable controlando el efecto de las demás y 2) la consideración simultánea de un conjunto de variables.

Como ya se mencionó, durante los años 80s y 90s, un amplio número de estudios basados en los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) y en la Encuestas de Demografía y Salud, (DHS), trataban de explicar el impacto de la educación en la fecundidad a través de los determinantes próximos. Algunos estudios cuantificaron la relación educación fecundidad a través de su impacto en la edad al matrimonio y el uso de anticonceptivos. Esos estudios mostraron que las mujeres más educadas tienden a casarse más tarde y a usar en mayor medida métodos modernos de anticoncepción (Weinberger, 1987; Jejeebhoy, 1996; Diamond y Varle, 1999).

Weinberger (1987) en su estudio basado en la Encuesta Mundial de Fecundidad, encuentra que la edad al contraer matrimonio y la práctica de métodos anticonceptivos, aumenta en la medida en que se tiene mayor grado de instrucción. La edad media al casarse entre las mujeres que tienen siete o más años se retrasa en casi cuatro años, en comparación con la de las mujeres sin escolaridad y la diferencia en la prevalencia en el uso de anticonceptivos entre mujeres que carecen de instrucción y las que han recibido 10 o más años de escolaridad es de 31 puntos porcentuales.

Es evidente que el nivel de instrucción de la mujer no solo incide en su fecundidad, sino también sobre aspectos que en sí mismos deben ser estudiados como el tamaño de la familia, la edad al unirse, el uso y selección de anticonceptivos y el aborto provocado. Si bien la edad al matrimonio tiene un efecto en la fecundidad, al aumentar el nivel educativo el efecto se multiplica, puesto que las mujeres con mayor nivel educativo tienden no sólo a retrasar su entrada al matrimonio, sino a cambiar además su comportamiento respecto a otras variables que afectan a la fecundidad (Alam, 1984; Jones, 1978). Jones (1978) por ejemplo, observa una relación negativa entre la edad al matrimonio y la fecundidad y en el esquema propuesto, queda en evidencia que la educación interactúa significativamente con casi todas las variables relevantes que afectan la fecundidad (uso de anticonceptivos, edad al primer hijo, ampliación de los intervalos genésicos, etc.).

Un determinante básico del conocimiento que cualquier mujer tiene sobre los anticonceptivos, es el nivel de educación. Bajo esta hipótesis Simmons y Noordan (1977) analizan la relación entre educación y conocimiento de anticonceptivos para mostrar que el nivel de educación de la mujer se encuentra claramente relacionado con este conocimiento.

El trabajo de Le Vine, (1980), muestra que en América Latina, y en los estados Arabes del Norte de África y Oeste de Asia, la educación de la mujer está fuertemente asociada con el comportamiento de la fecundidad. Las mujeres con educación secundaria, tienen entre dos y tres hijos menos en promedio que las que no han asistido a la escuela y especialmente en los países árabes la diferencia está dada por el uso de anticonceptivos.

Otro factor asociado al cambio de la fecundidad es la mortalidad infantil. Hay diferencias claras respecto a la relación entre educación y mortalidad infantil. El conocimiento del cuidado de los niños, de la higiene personal, de la importancia de los servicios sanitarios y el conocimiento nutricional son factores que se ven afectados con un mayor nivel educativo y que

reducen la mortalidad infantil. Hobcraft, (1984) al examinar datos de 28 países, muestra que la mortalidad infantil y la educación se relacionan negativamente y las diferencias encontradas en la sobrevivencia de los hijos entre las mujeres con algunos años de escolaridad y sin escolaridad son hasta de dos hijos.

Bumpass, (1982) mide el efecto de la mortalidad infantil y fetal sobre la fecundidad en Corea y Filipinas, y explora específicamente la forma en que estas variables intermedias se manifiestan en la fecundidad acumulada según las diferencias en la educación y espaciamiento de los nacimientos. Este autor encuentra que entre Corea y Filipinas hay diferencias substanciales en los patrones de descenso de la fecundidad y que en una buena proporción se deben al efecto de la educación. La explicación de los diferenciales encontrados se centra en mencionar que las diferencias parecen reflejar la adquisición de nuevas ideas, oportunidades y aspiraciones de la mujer. El autor muestra que la mortalidad infantil afecta el descenso de la fecundidad y la hipótesis es que las experiencias personales directas en relación con la muerte de los niños y una actitud fatalista que se modifica en función del conocimiento que se tenga de la realidad, lo que sin duda se ve afectado por la educación de la mujer, relacionan positivamente la fecundidad con la mortalidad infantil. En términos simples, ante el riesgo de que los hijos mueran las mujeres deciden tener muchos hijos.

El trabajo de Castro y Juárez, (1995) da una visión de la asociación entre la educación femenina y la fecundidad en la región latinoamericana. Con datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), para nueve países latinoamericanos, las autoras encuentran que aunque los diferenciales de la fecundidad por educación se han reducido con respecto a los que se observaron en el pasado reciente, los patrones de fecundidad de diferentes estratos educativos hacen evidente el efecto de esta variable socioeconómica sobre la fecundidad.

Es importante destacar que los análisis a nivel individual de diversas fuentes de datos en los que se ha puesto énfasis en estimar el efecto de la escolaridad de la mujer sobre su fecundidad, independientemente de cualquier otra condición asociada a las características de la propia mujer, han encontrado que su efecto sobre el número de hijos se mantiene, aún después de haber controlado otros factores socioeconómicos (Rodríguez y Cleland, 1980; United Nations, 1987; Cleland y Rodríguez, 1988; Rodríguez y Aravena, 1991; Castro y Juárez, 1995).

El tamaño de familia deseado ha sido otra de las variables que se han analizado al abordar esta temática, sobre todo a partir del marco teórico propuesto por Easterlin, como determinante

de la demanda de hijos en el que se plantea una relación inversa entre educación y tamaño ideal de familia.

En años recientes, una nueva corriente de trabajos empíricos interesados en estudiar la relación entre educación y fecundidad, introducen variables como estatus de la mujer, roles femeninos y autonomía femenina como factores explicativos.

Cleland y Jejeebhoy (1995), por ejemplo, analizan la relación entre educación y fecundidad y sus determinantes próximos, con especial referencia al Sur de Asia. El trabajo se centra en el análisis de los hallazgos de investigaciones que utilizan información de censos y encuestas demográficas. Los autores discuten en primera instancia, la naturaleza de la relación entre escolaridad y tasas de fecundidad a través del tiempo a nivel individual y agregado, para posteriormente abordar los canales a través de los cuales la educación afecta la fecundidad que incluyen la edad al matrimonio, la lactancia y la anticoncepción; además de factores actitudinales y económicos que pueden influenciar la demanda de hijos y el control de nacimientos. Lo novedoso de su aproximación al tema es que, en donde las evidencias empíricas lo permiten los autores incluyen algunas de las dimensiones de la autonomía de la mujer las cuales son afectadas por la escolaridad y tratan de hacer operativo este concepto para aprehenderlo con la información disponible.

Los autores concluyen entre otras cosas, que el contexto sociocultural juega un rol importante en esta relación y que varios aspectos de la autonomía de la mujer que afecta el comportamiento reproductivo se hacen evidentes. Por ejemplo en la región Tamil y en Kerala; en el sur de la India y en Sri Lanka, un modesto incremento en la escolaridad es suficiente para desencadenar cambios que afectan la autonomía de la mujer. En lugares de mayor estratificación de género, tales como Bihar y Uttar Pradesh en el norte de la India y Pakistán, la autonomía no se modifica hasta que la mujer no alcanza relativamente elevados niveles de educación.

Chanana, (1996) realiza un estudio de caso donde analiza el impacto que tiene la política económica, social y cultural en los cambios en la vida de las mujeres en el contexto de la familia. La autora concluye que el efecto inmediato de la ganancia de espacios sociales de las mujeres del Punjabi se debe al acceso a la educación formal y que esto se reflejó en el incremento de la edad a la unión y el empleo, pero que estos cambios se producen en el marco normativo vigente y no significa cambios sustantivos en la autonomía de la mujer. La autora estudia dos generaciones de mujeres, en las cuales encuentra grandes diferencias respecto a la participación en la toma de

decisiones reproductivas, de tal manera que la generación más joven juega un papel más activo en la toma de decisiones.

Siguiendo esta aproximación metodológica, el trabajo que realizan Kishor y Neitzel (1996), tiene como objetivo medir el estatus de la mujer en 25 países, con base en los datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y en el que se reconoce que es una tarea difícil esta medición por lo que significa el concepto en sí mismo. En el análisis que hacen, primero analizan la fuente para dejar claro que aunque las encuestas no han sido concebidas para desarrollar la investigación con esta perspectiva, los datos se pueden utilizar para medir algunos aspectos relacionados con el estatus de la mujer. Las autoras consideran que el estatus de la mujer se encuentra claramente relacionado con el acceso a los recursos económicos. Debe mencionarse que aunque se reconozcan limitaciones en los resultados, se logra una aceptable medición del estatus de la mujer con los indicadores que ellas elaboran. La educación es una de las variables que explican las diferencias en el estatus de la mujer y el indicador que más claramente está relacionado con sus modificaciones es el acceso a la educación secundaria.

El trabajo de Basu, (1996), intenta hacer explícitos los canales por los cuales la educación femenina puede producir un incremento en la autonomía femenina y los caminos por los cuales este incremento puede conducir a un descenso en la fecundidad. En este trabajo se muestra que efectivamente la escolaridad femenina impacta la autonomía y que sus modificaciones son vías para hacer descender la fecundidad.

En esta línea, Bruce Caldwell, (1996) estudia la situación de las mujeres jóvenes trabajadoras en Sri Lanka. La fecundidad de las trabajadoras es menor debido a una edad más tardía a la unión así como a un mayor control de la fecundidad dentro del matrimonio y ellas incluso manifiestan mayor autonomía que las mujeres recluidas en sus hogares. Si bien el autor relaciona las diferencias en la fecundidad con la autonomía femenina, se observa que los matrimonios de las mujeres que trabajan son aplazados porque sus padres desean que se mantengan como generadoras de ingresos para la familia tanto como les sea posible y la fecundidad marital es controlada por las condiciones del trabajo.

La investigación de la multicitada relación en México y Colombia confirma la existencia de una relación inversa entre escolaridad y fecundidad (Zambrano, 1979; García y Garma, 1979; Ochoa y Richarson, 1982; Welti, 1982; Ordóñez, 1985; Juárez, 1989; Flórez, 1989, 1996). Aunque en la mayoría de los estudios la educación no ha sido el eje explicativo de la caída de la

fecundidad, ésta ha sido considerada como una variable central que interviene en el descenso de la fecundidad.

El trabajo de Zambrano (1979), es uno de los primeros que intenta explicar la relación existente entre educación y fecundidad en México; el autor observa un efecto diferencial de la educación sobre la fecundidad y considera que aunque se haya ampliado la cobertura educativa en el país, el sesgo de la política en esta materia hacia las áreas urbanas, produjo una expansión que favoreció no sólo a las ciudades sino a las áreas más desarrolladas del país y dentro de ellas a las clases acomodadas. El efecto negativo de la escolaridad sobre la fecundidad, se ve condicionado por lo tanto, por la posición social del individuo.

Flórez, (1996), realiza un análisis de la relación entre variables de la modernización y las probabilidades de crecimiento de las familias (parity progression ratios) para el caso de Colombia y encuentra que el efecto individual de cualquiera de las variables que representan la “modernización” sobre la fecundidad es muy similar para la primera paridez; pero muy claramente, la probabilidad de tener un segundo o tercer hijo está fuertemente afectado por el nivel educativo de la mujer y su experiencia laboral y otra variables de la modernización no parecen ya tener un efecto importante. La autora observa que el nivel educativo ejerce un efecto sobre la probabilidad de crecimiento de la familia que tiene forma de j invertida. Un incremento de los primeros años de la educación se relaciona positivamente con las probabilidades de crecimiento de las familias, pero a partir de allí, la educación comienza a mostrar su efecto negativo en la probabilidad de que el siguiente evento genésico pueda ocurrir.

Los trabajos empíricos dedicados a analizar la relación educación y fecundidad, se han caracterizado en primer lugar por utilizar los determinantes próximos para analizar esta relación y han privilegiado el papel de alguno de ellos como: la edad a la unión, el uso de anticonceptivos y la lactancia para explicarla y en general se han dedicado a analizar sólo uno de estos factores. Son escasos los estudios que analizan la relación educación - fecundidad teniendo en cuenta el conjunto de factores que intervienen en tal relación, de tal modo que este trabajo puede resultar interesante, en la medida en que se intenta a través de las variables de oferta, demanda y regulación, explicar la relación entre fecundidad y educación de las mujeres en México y en Colombia, incorporando la hipótesis de que en el origen de esta relación se encuentran las modificaciones en el estatus de la mujer.

Primera parte

CAPÍTULO 2: MARCO ANALÍTICO

2.1. Introducción

Este capítulo tiene varios objetivos; el primero de ellos es el mostrar las diferentes corrientes teóricas a través de las cuales se ha estudiado a la fecundidad como un fenómeno social más allá de sus aspectos biológicos y por tanto, susceptible de un análisis desde una perspectiva sociológica y destacar la importancia que tiene seguir estudiando a la fecundidad en países en desarrollo, que muestran todavía una gran heterogeneidad en los niveles y tendencias de esta variable entre grupos socioeconómicos y que, no obstante la disminución generalizada de las tasas de fecundidad existen sectores de la sociedad en donde se observan comportamientos característicos de etapas ya superadas y que muestran un gran rezago en la transformación de sus patrones de reproducción. Uno de ellos es el de las mujeres con menores niveles de escolaridad.

En la primera parte se describe cómo la fecundidad ha sido un fenómeno demográfico que dada su importancia en la transformación de la sociedad y como reflejo de ésta, se ha abordado desde diversas corrientes de pensamiento sociológico para explicar sus condicionantes sociales y su evolución. En la segunda parte se muestra que la educación ha sido una variable frecuentemente usada para explicar el descenso de la fecundidad y en la tercera y última parte del capítulo, se analizan los conceptos de estatus y autonomía de la mujer y su relación con la educación de la mujer a los que se asigna un papel importante en la investigación, para poder explicar la existencia de la relación objeto de investigación y finalmente, se hace explícita la propuesta de análisis que guiará este estudio.

2.2. La fecundidad

La fecundidad considerada como la capacidad de procrear hijos nacidos vivos², no constituye un fenómeno meramente biológico, sino que esta sujeta a condicionamientos sociales.

² El Tesauro Multilingüe sobre Población define a la fecundidad como la “Producción de nacidos vivos por parte de individuos, matrimonios o poblaciones”. Página 62. TESAURO DE POPIN, Edición Española. Population Information Network. Naciones Unidas, Nueva York.

Como tal, la fecundidad ha sido estudiada desde diversos puntos de vista teóricos interesados en identificar los determinantes del comportamiento demográfico de los individuos y los grupos sociales y específicamente, sus transformaciones.

Las orientaciones teóricas para abordar su estudio, han ido cambiando a lo largo del tiempo, bien porque tuvieron un éxito limitado en la comprobación científica de las hipótesis planteadas o bien porque se contó con nueva información o con nuevos instrumentos metodológicos que contribuyeron a lograr una mejor medición de las relaciones entre las variables que se incluyen en los modelos de interpretación.

El mayor interés por el estudio de la fecundidad y concretamente por estimar con precisión sus niveles puede ubicarse en la década de los años 60, que coincide con una etapa en la que se habla de la denominada “explosión demográfica” caracterizada por elevadas tasas de crecimiento natural originadas en niveles de natalidad de magnitudes no documentadas con anterioridad. En tanto, el interés por establecer y cuantificar el papel de los determinantes próximos fue cada vez más evidente en la primera mitad de los años ochenta y aún continúa hasta los años recientes (Bongaarts, 1982; Van de Kaa, 1996).

El estudio de la fecundidad interesa por cuanto que, como se ha dicho anteriormente, es un factor clave en el crecimiento de la población y por lo tanto incidir sobre ella es modificar el crecimiento demográfico.

2.2.1. La fecundidad en la teoría de la modernización

Los niveles diferenciales de la fecundidad entre países o las diferencias al interior de sociedades nacionales, fueron interpretados en una época a partir de la teoría de la modernización. La teoría de la modernización³ constituye una corriente de pensamiento sociológico, que intenta explicar el proceso de desarrollo económico y social de los países que primero fueron denominados “subdesarrollados”, más tarde “de industrialización reciente” y en la actualidad “emergentes”, a través de una división internacional que tiene orígenes históricos y que se modifica a partir de la transmisión cultural de los países desarrollados a estos países en desarrollo.

³ En América Latina el uso de este modelo de interpretación de la realidad, está representado por **Gino Germani**, en sus libros: “Política y sociedad en una época de transición”. Buenos Aires, Paidós, 1968. y “Sociología de la modernización”. Buenos Aires Paidós, 1969.

En esta teoría el modelo de sociedad moderna o urbano-industrial, se identifica con sociedades avanzadas dentro del sistema capitalista y las sociedades subdesarrolladas son las sociedades tradicionales.

Sobre la fecundidad, la teoría de la modernización supone que el cambio en el comportamiento de los individuos está ligado a cambios de valores y actitudes, especialmente las actitudes respecto al comportamiento reproductivo. Con esta perspectiva en el análisis se privilegia la identificación de las actitudes individuales a través de las cuales se llega a un tamaño "óptimo" de familia, que corresponde a la visión occidental y por tanto, a una familia pequeña.

Por otra parte, en la teoría de la modernización se considera que la educación es una preparación para la vida moderna, que demanda más y mejores conocimientos para enfrentar un entorno sobre el cual se genera cada vez más información y que resulta ser cada vez más competitivo, por lo que responder a las demandas de la sociedad requiere que los individuos tengan mayores niveles de educación. Así, hay una conexión entre actitudes modernas y educación.

Cuando el individuo tiene que tomar decisiones con respecto a la formación de su unión conyugal, o el número de hijos que desea tener, las actitudes, los valores y los comportamientos aprendidos en la escuela interactúan con las experiencias subsiguientes de la vida para producir una tendencia general hacia una fecundidad más baja. En una sociedad moderna se asume que la gente tiene pocos hijos porque otras actividades entran a competir con la maternidad.

En resumen, esta perspectiva teórica privilegia la transformación de los valores y motivaciones respecto al tamaño de familia como el motor del cambio. Este cambio en el carácter de las actitudes y motivaciones ha sido asociado al paso de una sociedad tradicional a una sociedad moderna, que en última instancia genera transformaciones que afectan a la fecundidad. El énfasis dado a las variables psicosociales y el desconocimiento de la importancia que tiene la posición que ocupan los individuos en la estructura social y muy especialmente en las relaciones sociales de producción para entender los comportamientos individuales, constituyen algunos de los puntos más criticados de teoría de la modernización.

Entre otras cosas, se dejan fuera del análisis las características propias de cada país en particular, desconociendo los procesos estructurales que afectan el comportamiento demográfico, buscando la explicación de las diferencias observadas en la fecundidad en condiciones

individuales cuyo origen son los valores y actitudes, sin que el contexto económico en el que se ubican los individuos tenga un papel relevante sobre sus actitudes y prácticas reproductivas.

2.2.2. Teoría de la transición demográfica

Con otra perspectiva, se ha tomado como referencia la denominada teoría de la transición demográfica cuando se ha supuesto que la teoría de la modernización en sus planteamientos iniciales no es suficientemente sólida para explicar el descenso de la fecundidad.

Ésta se concibe como una alternativa para explicar un cambio de régimen demográfico que pasa de elevados niveles de natalidad y mortalidad a otro en el que ambas variables han descendido una vez que la evolución diferencial de cada una de ellas dio lugar a elevadas tasas de crecimiento natural. En la teoría de la transición se reconoce una interacción entre mortalidad y fecundidad que se modifica a través del tiempo.

De manera central se plantea que debido a la importación de técnicas médico-sanitarias y a la existencia de una estructura institucional que permite su aplicación, se produce un descenso en la mortalidad que conlleva a una mayor sobrevivencia de los hijos, lo cual hace que se dé un aumento en el tamaño de las familias que en algunos sectores los induce a limitar su fecundidad; sin embargo, ésta no es una acción generalizada y sí muestra comportamientos claramente diferentes entre los grupos sociales, aunque a final de cuentas el control de la fecundidad se convierte en un comportamiento que se generaliza.

En toda una etapa del proceso de transición, el incremento en el ritmo de crecimiento demográfico hace necesario incentivar el uso de los métodos de planificación familiar para disminuir el crecimiento natural de la población.

Coale y Hoover⁴ resumen la teoría de la transición demográfica en los siguientes términos: “Una Economía agraria de bajo nivel de ingreso está caracterizada por una elevada tasa de nacimientos y de muertes; luego cuando la economía cambia hacia una economía de mercado más interdependiente y especializada, en promedio las tasas de mortalidad descienden. Un continuo descenso bajo una mejor organización y mejor conocimiento y cuidado médico dará como resultado también el descenso de las tasas de nacimientos”.

4 Citado por Namboodiri y Wei, en: Fertility Theories and Their implications regarding how low can fertility be. GENUS, Vol. LIV, n.1-2. 1998.

Dentro de esta teoría los determinantes de la fecundidad operan en el estadio postransicional y casi todos tienden a tener un efecto negativo sobre el número de hijos.

Con esta misma perspectiva teórica, se derivaron varios esquemas analíticos para tratar de dar explicación al descenso de la fecundidad en los países en desarrollo, así surgen los esquemas de Davis y Blake (1956), y el de Freedman, (1961).

Con el propósito de entender por qué se dan diferencias en la fecundidad y en especial por qué éstas asumen las magnitudes observables en los países subdesarrollados, Davis y Blake elaboran un modelo en el cual se incluyen 11 variables denominadas intermedias, las cuales cumplen una función en la serie de acontecimientos que culminan con el nacimiento de un ser humano y representan la influencia directa de la estructura social sobre la fecundidad.

Los autores plantean que las diferencias existentes entre países, se deben a las profundas diferencias en la organización social que afectan a las variables intermedias. Su referente analítico es la dicotomía entre la sociedad industrializada y la sociedad tradicional. Los autores consideran que dentro de cada sociedad hay diversos comportamientos, que se reflejan en el entorno institucional y por lo tanto, proponen analizar la fecundidad a partir de la familia y de otras instituciones vinculadas a la organización social.

Los aportes de este modelo de interpretación han sido importantes; no obstante, como los mismos autores mencionan, los factores culturales son muchos y en su esquema no se hace un esfuerzo por profundizar en ellos, así que una alternativa para salvar esta limitación es identificar como se concretan en lo que denominan las variables intermedias.

En el esquema de Freedman (1961), se pretende establecer el origen de las diferencias de la fecundidad entre los países, a partir del supuesto de que el comportamiento reproductivo es el resultado de la aplicación del raciocinio basado en un análisis de costo-beneficio para alcanzar una cierta fecundidad a nivel de la sociedad y que cada grupo social asume de manera distinta y que se modifica con la transformación misma de la sociedad. En este esquema se plantea que las normas sociales regulan el nivel de la fecundidad promoviendo un número socialmente determinado de hijos. Es decir, el autor considera que el control que se da en cada sociedad es producto de un consenso social y su explicación está basada en la teoría de la modernización.

Después de desarrollar extensas investigaciones demográficas en los países de Africa y ser testigo de las discusiones generadas a raíz de las explicaciones sobre la evolución de los niveles de la fecundidad desde la economía y en un intento por replantear la teoría de la

transición demográfica, Caldwell (1982), estima que las transformaciones en el comportamiento reproductivo que producen una baja en la fecundidad, pueden explicarse por un cambio en el flujo de riqueza entre las generaciones.

Para Caldwell, el descenso de la fecundidad, es el resultado de los cambios en la estructura económica interna de la familia, particularmente aquellos que afectan el flujo intergeneracional de riquezas en las sociedades tradicionales, que de ir originalmente de los hijos hacia los padres (en la medida en que cada nueva generación tiene que hacerse cargo de la, o las generaciones que le antecedieron), adquiere una dirección inversa y los padres tienen que hacer inversiones crecientes en los hijos, como producto de los cambios sociales que se producen en una sociedad cada vez más industrializada y orientada hacia la producción en gran escala para el mercado. Según el mismo autor, a la producción tradicional siempre le será económicamente ventajosa una alta fecundidad.

Por cierto, es posible afirmar que más allá de las controversias que generan sus planteamientos, la teoría de la transición demográfica por su carácter de explicación general ha sido útil para entender los procesos de transformación demográfica que de manera acelerada se han producido en gran número de países y eso queda de manifiesto en el hecho de que aún sigue siendo utilizada para entender los cambios recientes en la fecundidad.

Bongaarts, es otro autor que plantea un modelo basado en el modelo original de Davis y Blake y lo hace operativo a través de la cuantificación de los factores que afectan directamente a la fecundidad. Bongaarts, (1976,1978) reduce el conjunto de las variables intermedias a siete factores: 1) proporción de mujeres unidas, 2) uso de anticonceptivos y efectividad en su uso, 3) prevalencia del aborto inducido, 4) duración de la infertilidad posparto, 5) fertilidad relacionada con la frecuencia del coito, 6) mortalidad intrauterina espontánea y 7) prevalencia de la esterilidad permanente, y los agrupa en tres categorías: a) factores de exposición al riesgo de concebir, b) control deliberado de la fecundidad marital y c) nivel de la infertilidad natural. A partir de esta clasificación, el autor elaboró una ecuación simple que resumía la relación entre las cuatro variables intermedias de la fecundidad más significativas: la proporción de casadas, la anticoncepción, el aborto y la esterilidad por lactancia, y su efecto en la fecundidad total (Bongaarts y Potter, 1983).

Este modelo ha tenido amplia aceptación entre los estudiosos de la fecundidad y ha sido aplicado en un gran número de estudios (Cleland et al., 1984; Singh et al., 1985; Ross et al.,

1986; Hill, 1990; Haughton, 1997). Además, fue posible ponerlo a prueba gracias a que se generó un significativo volumen de información con la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey)⁵. Otros autores como Bulatao y Lee (1984), propusieron una modificación del modelo para explicar la importancia de las variables intermedias en el nivel de fecundidad. Además, Hobcraft y Little, (1984); basados en la idea inicial han propuesto modificaciones con el propósito de mejorar los índices obtenidos.

En la revisión que realiza Moreno (1991), sobre el modelo de Bongaarts menciona que autores como Menken y Reinis han realizado estudios con el propósito de evaluar el modelo. Menken por ejemplo, dice Moreno, desarrolla un modelo de microsimulación en el que se varían tres determinantes próximos (matrimonio, anticoncepción y lactancia) y se asume que todos los procesos son independientes y compara el verdadero impacto de cada uno de los determinantes, con las estimaciones que se obtienen a partir de los modelos y concluye que se pueden obtener valores adecuados en la medición de la fecundidad y el impacto de los determinantes próximos.

Reinis (1992) por su parte también utiliza un modelo de simulación y encuentra que el modelo planteado por Bongaarts tiende a sobrestimar el impacto tanto del retraso en la edad a la unión como el uso de anticonceptivos. En este trabajo de Reinis, se hace un análisis sobre el impacto de los determinantes próximos de la fecundidad evaluando los modelos de Bongaarts y de Hobcraft y Little. El objetivo era conocer las razones del porqué los modelos llegan a resultados muy distintos cuando se aplica a las mismas poblaciones. El autor concluye que ningún modelo trabaja bien cuando se emplean métodos anticonceptivos para limitar el tamaño de familia porque el uso puede concentrarse en edades mayores o en mujeres que han llegado a ser estériles; así mismo, cuando el matrimonio es retrasado – porque la fecundidad de las mujeres no unidas no es la misma de las actualmente unidas-, es decir, los supuesto de fecundidad marital no se cumplen. Así mismo, considera que el método de Hobcraft y Little estima bien el impacto conjunto de la anticoncepción y el aborto pero no los impactos individuales. En general estos modelos subestiman el impacto del retraso de la unión, del uso de anticonceptivos y del aborto inducido y por lo tanto recomienda que no se aplique para estimarlos a partir de cierto nivel de fecundidad.

5 La Encuesta Mundial de Fecundidad fue un proyecto de investigación financiado por diversas agencias internacionales y coordinado por el International Statistical Institute, que permitió la realización de encuestas en países de todos los continentes con la intención de estimar la fecundidad y sus “determinantes próximos”. México y Colombia participaron en la primera ronda de esta encuesta a partir de 1975.

El modelo de Bongaarts también ha sido analizado por Stover (1998); el autor propone refinar los indicadores del modelo incluyendo otras variables que en su opinión ayudan a robustecer el modelo⁶. La aplicación del modelo de Bongaarts⁷ con las modificaciones propuestas por Stover sugiere que no es recomendable usarlo para obtener indicadores precisos, ya que persiste el problema con la información del aborto, pero que sin duda mejoran la calidad de los indicadores que se obtienen.

2.2.2.1. La segunda transición demográfica

Las condiciones generadas por el arribo a una etapa de baja fecundidad y baja mortalidad, en las que incluso la Tasa Global de Fecundidad permanece por abajo del nivel de reemplazo llevan a que se analicen estas nuevas situaciones en un marco de interpretación que constituye una extensión de la teoría de la transición demográfica y por tanto, surge el concepto de segunda teoría de la transición demográfica para explicar los cambios ocurridos en los países europeos desde los años sesentas. (Van de Kaa, 1987; Lesthaeghe, 1995; Solsona, 1996). Igual que en la teoría de la transición demográfica original, en la segunda transición demográfica se identifican tres fases, pero en cada una de ellas se hace referencia ahora a una serie de procesos que se relacionan con la fecundidad. Así, en una primera etapa se observa: a) una aceleración en la tasa de divorcios; b) finaliza el baby boom y se produce un descenso de la fecundidad en todas las edades y, c) cesa la tendencia a la modificación de la edad a la unión. La segunda fase se caracteriza por: a) la aparición y crecimiento de la cohabitación pre-matrimonial; b) el incremento en los nacimientos fuera del matrimonio y c) la disminución continua y acelerada de

6 Stover plantea cambiar: a) El índice de matrimonio (Cm) por el índice de actividad sexual (Cx) b) Índice de infecundabilidad postparto Ci, sugiere que se llame de insuceptibilidad postparto que incluya el concepto de abstinencia postparto. el Índice de esterilidad (Cf) en su lugar utilizar directamente el complemento de la proporción de mujeres estériles y c) el Índice de anticoncepción (Cu); de este índice se propone sacar a las infecundas del índice de anticoncepción y que éstas mujeres sean incluidas en el índice de esterilidad y finalmente propone cambiar el Índice de fecundidad total (TF) estimado en 15 hijos por mujer por el de fecundidad potencial (PF) que corresponde a la tasa total de fecundidad de mujeres de 15 a 49 años, sexualmente activas y fecundas.

7 Ver trabajo de Bay, Guiomar, Del Popolo, Fabiana y Ferrando, Delicia, (2003), Determinantes próximos de la fecundidad una aplicación a países latinoamericanos, CELADE, Chile.

la fecundidad. Finalmente, en la tercera fase hay una estabilización de las tasas de divorcios y se generaliza la cohabitación pre-matrimonial y la semicohabitación⁸

Si bien este marco conceptual ha sido utilizado principalmente en los países desarrollados; algunos de los cambios en la fecundidad observados en países en vías de desarrollo (como son el retraso de la edad de inicio a la unión, así como el incremento de la cohabitación pre-matrimonial y la semicohabitación) intentan ser explicados bajo esta óptica.

2.2.3. La fecundidad dentro de la teoría económica

La corriente teórica que intenta explicar la existencia de niveles diferenciales y procesos de cambio de la fecundidad, surge con los planteamientos de Becker en los años 60s. Becker (1960) desarrolla la idea de que las variaciones de la fecundidad pueden ser entendidas con el mismo marco que los economistas usan para analizar la demanda de los bienes de larga duración. La interpretación que Becker hace del comportamiento reproductivo de los individuos, se sitúa dentro de la teoría económica neoclásica y específicamente en el ámbito de la teoría microeconómica del consumidor. Para el autor, los hijos son considerados como bienes de consumo, ya que tienen costos y proporcionan beneficios como cualquier otro bien. Sus argumentos se basan en dos postulados económicos básicos: a) las familias tienen gustos (preferencias) constantes y se comportan racionalmente y b) las decisiones de consumo de las familias no afectan a los precios de los bienes deseados.

Para entender como se ubica la fecundidad en este esquema, debe subrayarse que en los planteamientos fundamentados de esta teoría microeconómica, se estudia la conducta de las personas bajo el supuesto de que su comportamiento es económicamente racional. Por lo tanto, el individuo tratará de llevar a la práctica una elección, de acuerdo a los recursos que posea tratando de maximizar los beneficios que obtiene. Los gustos y las preferencias son expresados a través de una función de utilidad, y en el momento en que este esquema es aplicado a la fecundidad, los niños entran en la función de utilidad al igual que cualquier otro producto. Una crítica a este planteamiento es que aunque se consideren los hijos como bienes de consumo, estos no cumplen con muchas de las características propias de un bien de consumo, por ejemplo

⁸ La semicohabitación, se refiere a las relaciones conyugales estables, pero en la cual los cónyuges mantienen viviendas independientes. En inglés se denomina L.A.T (living apart together).

no se pueden tener a prueba; no se puede evaluar su calidad a priori y no se pueden intercambiar por otros bienes que los substituyan.

En la crítica más difundida de los planteamientos *beckerianos*, Blake, (1968), desarrolla cuatro tipos de argumentos para defender la idea de que el tratamiento de los hijos como bienes de consumo duraderos no es plausible: a) la decisión de tener un hijo no está definitivamente limitada por la capacidad económica de los individuos, como si sucede con otros bienes que tienen que adquirirse en el mercado y por lo tanto se necesitan recursos (es decir, liquidez para comprarlos); b) una vez que se ha decidido tener un hijo se genera un proceso irreversible y no sucede lo mismo con algún otro bien que se obtiene en el mercado y el cual puede dar lugar a un proceso renovable. c) la calidad y los atributos de los hijos son impredecibles y por lo tanto su utilidad es incierta, y d) los padres no son libres para “usar” a sus hijos como lo harían con otros bienes.

Ante las críticas a los estudios de la fecundidad que suponen que es el resultado de una decisión basada en una función de consumo por parte de la familia, que considera a los hijos como bienes durables, surge una nueva corriente que intenta analizar la demanda de los hijos también como resultado de un proceso de decisión en el que el tiempo y los bienes de mercado se combinan, para producir más bienes entre los que se incluyen los hijos. A esta nueva visión se le ha llamado la nueva economía doméstica⁹.

La nueva economía doméstica trata de reducir todos los factores y decisiones personales al paradigma de la economía del capital humano y sus supuestos están basados en el hecho de la posibilidad de calcular económicamente la toma de decisiones (Leibenstein, 1974, Michel, 1973). No obstante las críticas a este tipo de enfoques, sus planteamientos han servido como puente para relacionar los cambios institucionales con los comportamientos individuales y entender de qué manera un cambio en las condiciones socioeconómicas lleva a una respuesta demográfica y por lo tanto, permite evaluar el impacto que modificaciones en ciertos factores que las representan, se reflejan en la fecundidad. Una de estas condiciones sería el caso de la educación.

Desde la perspectiva de la nueva economía doméstica, la educación tiene un efecto en los beneficios marginales de tener menos hijos, porque los niños no deseados representan un costo mayor para las parejas más educadas en la medida en que tienen que dedicar recursos para su cuidado y su educación (Michael, 1973). En este sentido, se afirma que los individuos hacen

⁹ El nombre original es el de “New Home Economics” o también “New household Economics”

consciente o inconscientemente los "cálculos" de la utilidad marginal, que significa tener un hijo; por lo tanto, los hijos son considerados como bienes de consumo o como mercancías no precederas. Además, la crianza de los hijos representa un costo de oportunidad mayor para las mujeres más educadas que tienen posibilidades de participar en la actividad económica remunerada y que ven limitada esta participación si se dedican al cuidado de los hijos.

Con un enfoque económico, se sustenta que la educación femenina tiene un efecto significativo sobre el número de hijos, porque, además de lo ya mencionado, la educación tiende a brindar un mayor acceso a la información sobre los métodos de control de la natalidad y el uso adecuado de estos métodos, de manera que la educación reduce los costos de los anticonceptivos al facilitar el acceso a través de la búsqueda de información.

Por la complejidad de los comportamientos asociados con la reproducción, la teoría económica buscó fusionarse con la sociología e intentó dar una explicación más profunda sobre la relación entre la educación y la fecundidad. Autores como Easterlin (1978), plantean que son múltiples los factores determinantes de la fecundidad, tanto factores socioeconómicos como culturales y concluye que: 1) la educación es uno de los factores más importante que influye en el tamaño final de la familia y que opera también en la demanda y el costo del control en la fecundidad; 2) la educación junto con los medios de comunicación de masas, ayuda a rebajar el costo de la regulación de la fecundidad al suministrar información, cambiar las normas culturales, desafiar las creencias tradicionales y 3) la educación disminuye el deseo de tener hijos al estimular nuevos estilos de vida que compiten con los valores tradicionales de la familia de gran tamaño.

De acuerdo al marco de Easterlin, la educación actúa también sobre la fecundidad a través de un mejor conocimiento de la higiene personal, el cuidado en los alimentos y el cuidado de los niños y puede influir en el cambio de creencias y prácticas culturales que afectan el nacimiento y la sobrevivencia de los hijos. La educación individual conjuntamente con la educación de masas puede reducir los costos de la regulación de la fecundidad, no sólo proporcionando mayor información sobre los métodos de regulación de la fecundidad sino disminuyendo los costos sociales que significa la adopción de nuevas prácticas que van contra la norma establecida, cuando esta promueve familias con gran número de hijos.

Conviene mencionar que la propuesta original de Easterlin expresada en su artículo publicado en 1975, tiene como objetivo explicar los niveles diferenciales de fecundidad

observados a través del tiempo en sociedades concretas, con un modelo econométrico tal y como lo expresa el título de este texto: *An Economic Framework of Fertility Analysis*, pero al reconocer que “la teoría económica de la fecundidad basada en las decisiones de los consumidores tiene claras limitaciones” (Easterlin, 1975, p. 54), en referencia a propuestas previas representadas especialmente por Becker (1960), se propone superar estas limitaciones partiendo de un marco económico capaz de incluir las perspectivas de demógrafos y sociólogos dedicados al estudio de la fecundidad y esto es lo que pretende en el texto de 1978 ya citado.

Para la teoría económica de la fecundidad antes de las propuestas de Easterlin, es el deseo de tener determinado número de hijos, es decir, su demanda, la variable más importante para determinar la conducta de los individuos respecto a su fecundidad y éstos son vistos actuando en la unidad doméstica, es decir aislados del contexto social más general. La principal innovación del autor es incorporar “la producción de hijos”, es decir, su oferta como la variable que interactuando con la primera determina el número de hijos que tiene una pareja.

Dentro de esta perspectiva teórica, el trabajo pionero de Easterlin (1975), se convirtió en una herramienta útil para estudiar los múltiples canales a través de los cuales la educación actúa sobre la fecundidad y sirvió de marco analítico a partir del cual se realizaron trabajos empíricos que mostraron en diversos contextos el efecto de la educación sobre el número de hijos (United Nations, 1983, 1995; Jejeebhoy, 1995).

Se ha mostrado por ejemplo, que la educación tiene concretamente un efecto de aumento o disminución de la oferta de niños, esto debido a que una mayor escolaridad tiende a erosionar prácticas tradicionales que deprimen la fecundidad, tales como la lactancia prolongada y la abstinencia posparto (Casterline, 1984).

El trabajo de Cochrane, (1979), es un clásico en el análisis de la relación entre educación y fecundidad y es probablemente el primero que pone en práctica los planteamientos de Easterlin. La autora afirma que la educación afecta el comportamiento reproductivo, no directamente, sino que actúa a través de diversas variables con efectos diferenciales según el ambiente social más general en el que se sitúan los individuos. La hipótesis fundamental en su modelo es que la fecundidad está determinada por la oferta biológica de niños, por la demanda de éstos y por la regulación de la fecundidad.

Un aporte importante en su esquema, es que al considerar los efectos de la educación, se pueden clasificar los factores que actúan sobre la fecundidad en factores de demanda; oferta y

regulación. Los factores de demanda incluyen: tamaño de familia, actual y tamaño de familia deseado por la pareja conyugal. Los factores de oferta están representados por la edad al matrimonio y la mortalidad infantil; y los factores de regulación que actúan entre la oferta y la demanda son: conocimiento y uso de anticonceptivos y esterilidad fisiológica.

Para estimar el efecto de la educación en la oferta de hijos, se hipotetiza que la educación afecta la probabilidad de contraer matrimonio, es decir el hecho mismo de unirse o permanecer en soltería, la edad al matrimonio y la salud, particularmente por sus efectos sobre la mortalidad infantil.

En la revisión empírica que Cochrane (1979, op. cit.) hace, de los hallazgos en esta materia, encuentra que la educación no tiene en todos los casos una relación uniformemente inversa con la fecundidad, por lo tanto su hipótesis es que la asociación positiva depende del efecto de la educación en la oferta biológica de niños, que está determinada por la salud y la sobrevivencia de los hijos. Además, una mayor educación de los padres hace que se tenga mayor conocimiento de la higiene y la nutrición de los hijos y se identifiquen con mayor facilidad los canales de acceso a la medicina moderna que, ante la ausencia de un control efectivo de la fecundidad se reflejará en un mayor número de hijos.

Parece también que el efecto de la educación en la demanda de hijos se observa en el tamaño de familia deseado, sobre el que actúa la participación de la mujer en la actividad económica remunerada que entra a competir con la maternidad y del ingreso del esposo, aunque en el caso de esta variable la relación no es muy clara, ya que un aumento en el ingreso podría incrementar la fecundidad.

El efecto más importante en la demanda opera en la estimación de los costos y beneficios de tener determinado número de hijos y las preferencias de un tamaño de familia.

Se supone también que la educación tiene un substancial efecto en la fecundidad a través de la regulación, puesto que la educación genera una actitud favorable hacia el control de nacimientos propiciada entre otros elementos, por una mayor comunicación entre la pareja en lo que respecta a decisiones reproductivas. La educación incrementa la habilidad de regular la fecundidad y así, el efecto sobre la fecundidad completa es negativo. Se supone además que la educación de las esposas es más importante que la de los esposos, y que la educación hace posible el conocimiento y el acceso en el corto plazo a los anticonceptivos, en áreas

geográficas donde se ha establecido un programa de planificación familiar y son las mujeres más educadas las que con mayor facilidad recurren a solicitar sus servicios.

Después de comprobar la potencialidad de las propuestas de Easterlin para explicar no sólo los niveles diferenciales de fecundidad sino su evolución, se amplió el interés por aplicar su esquema analítico en países para los cuales se había generado nueva información. El primero de estos resultados se encuentra en el trabajo que el autor en colaboración con Crimmins (Easterlin y Crimmins, 1982) realizó para la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey).

Precisamente, la posibilidad de usar la información de esta encuesta abrió nuevas rutas para la investigación con datos recientes y marcos de interpretación novedosos. La propuesta de Easterlin sirvió como marco de referencia de la revisión sobre el estado del conocimiento que un grupo de expertos convocado por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos realizó y que se concretó en la publicación coordinada por Bulatao y Lee (1983) en la que se analizan los determinantes de la fecundidad en los países en desarrollo.

Easterlin y Crimmins (1985), ampliaron el trabajo publicado en 1982 y aplicaron su modelo a los casos de Sri Lanka y Colombia y entre otros hallazgos, hicieron evidente que “al identificar los aspectos específicos de la modernización que afectan la demanda, la oferta y los costos de la regulación y a través de estos el control de la fecundidad y la fecundidad ... es con mucho (sic) la educación de la mujer la más consistentemente significativa” (Easterlin y Crimmins, op. cit., p.90).

2.2.4. La fecundidad desde el punto de vista del enfoque histórico estructural

Junto con las críticas a los enfoques económicos basados en la economía neoclásica para explicar la fecundidad como fenómeno social, en la región latinoamericana surge con gran ímpetu una perspectiva teórica que tiene la intención de superar las dificultades encontradas en los estudios que desde la economía neoclásica intentaban explicar el mantenimiento de elevados niveles de fecundidad en los países en desarrollo hasta muy avanzado el siglo XX. De esta manera, hay en los años 70 un interés cada vez mayor por aplicar el enfoque histórico estructural a los estudios de población, incluyendo, desde luego, a la fecundidad.

En este enfoque teórico, se parte de que el comportamiento reproductivo no debe reducirse a un análisis individual de actitudes y motivaciones. Se plantea entonces que es necesario destacar que el comportamiento reproductivo está social e históricamente determinado

y que por lo tanto debe analizarse a través de los aspectos estructurales de la sociedad (Aldunate, 1976). En otras palabras el comportamiento reproductivo está influenciado por las relaciones sociales de producción que se concretan en las diferentes formas de inserción en la estructura económica, que "permiten a su vez ubicar a los individuos en formas también distintas en otras esferas de lo social, dependiendo de la relación que mantengan con los elementos de los procesos económicos, y esta relación será la que determine la posibilidad que tiene el individuo de satisfacer sus necesidades y el modo en que lo haga, lo que incidirá también en su comportamiento reproductivo" (Welti, 1979).

Las categorías de análisis en los estudios de población, con un enfoque histórico estructural, son las clases sociales y las fracciones de clase; ya que son ellas las que dan inteligibilidad a los comportamientos individuales y familiares y establecen el vínculo entre éstos y los cambios sociales, producidos por la modalidad específica que adopta en cada caso particular el proceso de acumulación capitalista.

En este enfoque Histórico-estructural, la educación ocupa un lugar sustantivo en la explicación del comportamiento reproductivo porque su contenido y objetivos sintetizan los mecanismos a través de los cuales se expresa desde la base económica la visión de la sociedad que se espera que prevalezca para mantener un cierto régimen social o definir el estilo de desarrollo y por lo tanto, se promueve entre los individuos un comportamiento que garantice que el sistema funcione y que la reproducción de las generaciones lleve a que la oferta de fuerza de trabajo coincida con la demanda en la esfera de la producción y en la esfera del consumo para que el mercado se amplíe. Para documentar lo anterior, se hace referencia a procesos históricos de largo plazo y a condiciones que se reflejan en el determinado "ejército industrial de reserva".

Desde esta perspectiva, en la infraestructura social se reflejan las necesidades de la base económica. Así, hay etapas históricas en donde elevados niveles de fecundidad son indispensables para la viabilidad de la sociedad y hay otras etapas en donde la fecundidad elevada se convierte en un factor de desequilibrio. Sin embargo, esto no implica que la influencia que tenga la infraestructura sobre la fecundidad sea directa y mecánica y es precisamente el sistema educativo el que actúa como mediación que relativiza y replantea la dirección de las presiones de la estructura económica sobre los comportamientos individuales; por lo tanto es necesario reconocer que en el sistema educativo, no sólo se instruyen y capacitan individuos,

sino que éste transmite valores y concepciones de la sociedad que se modifican junto con el régimen social prevaleciente.

El impacto de la educación sobre el comportamiento reproductivo reside precisamente en que por su conducto se van estableciendo esquemas valorativos que directa o indirectamente tienden a normar dicho comportamiento.

Se considera a la escuela como una institución que sirve como mediación entre la reproducción humana y la reproducción del capital, una institución que sirve de instrumento de dominación de una clase dirigente y con la visión del mundo que se encarga de transmitir se legitima esta dominación de clase. La forma de dominación de una clase sobre otra pasa por la imposición de la propia cultura con lo que se asegura el mantenimiento temporal y la renovación y transformación del sistema. La educación constituye un elemento mediador entre la estructura y los principios del orden social, es decir las instituciones como conjunto de normas y la fecundidad, y en este proceso unas y otra interactúan.

La educación puede ser considerada desde dos ángulos: desde el punto de vista institucional como un conjunto reglamentado de conductas que incluyen prácticas culturales, desde los agentes que las generan y transmiten, orientados a cumplir objetivos políticos y fomentados por los grupos en el poder interesados en la generalización de sus valores. En cuanto tal, la escuela atiende de forma históricamente condicionada algunas de las necesidades de socialización y de control social en cualquier sociedad. Paralelamente, la escuela como organización puede ser vista como un espacio interactivo en que se confrontan y reproducen grupos jerarquizados de individuos. La escolaridad constituye un indicador de la posición de los individuos en la jerarquía social porque a través de ella se logran niveles diferenciales de rendimientos que son reconocidos por la sociedad a través de la remuneración al trabajo y su consecución representa prestigio social.

Desde el punto de vista metodológico, la aplicación de este enfoque a los estudios de población, llevó a restar importancia a las encuestas interesadas en estimar los niveles de la fecundidad y relacionarlos con las actitudes con respecto a el tamaño ideal de la familia y las prácticas para lograr el número de hijos deseado a través del control natal, porque se consideró que sólo describían en un nivel superficial el comportamiento reproductivo y como alternativa se planteaba la utilización de datos secundarios que permitieran estudiar históricamente los procesos demográficos y a definir sus contextos estructurales. Sin embargo, a pesar de grandes

esfuerzos por desarrollar investigación demográfica a partir del enfoque Histórico-estructural, la dificultad de comprobar sus hipótesis por una carencia a veces extrema de información, limitó el desarrollo de esta perspectiva teórica que en la actualidad ha sido prácticamente abandonada.

2.3. La educación en la explicación de los cambios en la fecundidad

Para tratar de entender el papel que ha tenido la educación en el descenso de la fecundidad es necesario hacer una breve recorrido por el proceso de socialización del ser humano tanto en la familia como en la escuela y a partir de ello identificar elementos que permitan explicar el porqué la educación se considera un elemento clave asociado a pautas reproductivas diferenciales.

Este apartado inicia con el análisis del proceso de socialización del individuo en la escuela; posteriormente se hace referencia a la escolarización como producto de la teoría del capital humano y finaliza planteando la importancia de la educación como un concepto clave en el entendimiento del comportamiento reproductivo.

La socialización es definida como un proceso en el cual el ser humano aprende e interioriza a lo largo de su vida los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir (Rocher, 1973). Este proceso se considera mucho más intenso en los primeros años de vida del individuo, en donde se desarrolla el aprendizaje del lenguaje que le permite tener mayor interacción con su grupo social de referencia.

Desde el punto de vista sociológico, a través de la socialización se interiorizan roles que el individuo tendrá que asumir en las diferentes etapas de su vida (Fernández, 1999) y a través de un conjunto de actividades estructuradas formalmente el individuo conoce las reglas de actuar, obrar y de sentir propios los elementos de la sociedad en que ha nacido, se ha criado y seguirá viviendo. Berger y Luckmann (1979) señalan la existencia de dos fases diferentes en el proceso de socialización del niño: la socialización primaria (que se da desde los ocho meses de edad hasta los cuatro años) y la socialización secundaria (entre los cuatro y los ocho años de edad).

La socialización primaria se refiere a un proceso mediante el cual el niño o niña se convierte en miembro de la sociedad. Desde el momento en que el infante nace, inicia su contacto con el mundo que lo rodea, el padre, la madre y otros adultos son su punto de referencia para el aprendizaje y para que vaya estructurando patrones sociales mediante los cuales se insertará en la sociedad. La socialización en la primera infancia es la más intensa en la vida de los individuos, allí no solamente interioriza conocimientos, normas y valores, sino que también se aprende el lenguaje. En la socialización primaria el niño internaliza “el mundo de los otros”.

A nivel general la socialización primaria se caracteriza por:

- a) la transmisión de contenidos cognoscitivos que varían de una sociedad a otra, fundamentalmente comprende el aprendizaje del lenguaje y el aprendizaje de diversos esquemas, de interpretación de la realidad.
- b) el aprendizaje se produce junto con un componente emocional afectivo que contribuye a la estructura personal del individuo.

La socialización secundaria se refiere a procesos posteriores a la socialización primaria. En la socialización primaria, los individuos internalizan esquemas de comportamiento y de interpretación de la realidad más o menos estandarizados. La diferencia entre la socialización secundaria con respecto a la socialización primaria, radica en el hecho de que los aprendizajes que se tienen en esta fase, no necesariamente implican una carga emocional intensa porque están concentrados en la transmisión de información. La socialización secundaria puede darse en diversas organizaciones sociales, como la iglesia, la familia, pero una de las más importantes es la escuela.

2.3.1. La escuela como agente de socialización.

Son agentes de socialización todos aquellos grupos o espacios sociales en los cuales tiene lugar el proceso de socialización. Entre estos grupos o agentes figura la familia, que es de los más importantes porque allí tiene lugar los procesos más significativos de la socialización primaria, pero hay otros, entre los cuales figura la escuela que puede llegar a ser el más importante en etapas posteriores a la infancia.

Si es la escuela una institución específicamente encargada de socializar cada nueva generación, parecería entonces cumplir con la función de garantizar la reproducción social y

cultural como requisito para la supervivencia misma de la sociedad. Aunque la escuela no es la única instancia social que cumple con esta función ya que la familia, los grupos sociales y los medios de comunicación también lo son, la escuela se especializa en el ejercicio exclusivo de dicha función.

La escuela, por sus contenidos, por sus formas y por sus sistemas de organización va induciendo en los individuos las ideas, conocimientos, representaciones, disposiciones y modos de conducta que genera la sociedad adulta. De este modo, contribuye decisivamente a la interiorización de las ideas, valores y normas de la comunidad. Como el proceso de socialización no es tan simple ni mecánico; ni se desarrolla en una institución exclusiva de la sociedad ni en la escuela, el delicado equilibrio de la convivencia en las sociedades requiere tanto la conservación como el cambio y lo mismo ocurre con el equilibrio de la estructura social de la escuela como organización (Pérez, 1992).

El proceso de socialización es complejo y para intentar comprenderlo es necesario hacer referencia a sus objetivos explícitos y a los mecanismos para llevarlo a cabo.

Diversas corrientes de pensamiento, coinciden en que la escuela tiene como objetivo básico y prioritario la socialización de los alumnos/as para prepararlos para su incorporación al mundo del trabajo; las discrepancias surgen cuando se intenta explicar que significa prepararlos para el trabajo, porque esta preparación requiere no solo de adquirir conocimientos, ideas, destrezas y capacidades formales, sino tener, actitudes, intereses y pautas de comportamiento que se adecuan a las posibilidades y exigencias de los puestos de trabajo.

La segunda función del proceso de socialización en la escuela es la de formación del ciudadano/a para su intervención en la vida pública. La escuela ha de preparar a las personas para incorporarse a la vida adulta y pública, de modo que pueda mantenerse en sintonía con las instituciones y se acepten las normas de convivencia que componen el tejido social de la comunidad humana (Fernández, 1990).

Sin embargo, la escuela enfrenta demandas contradictorias en el proceso de socialización, debe desarrollar conocimientos, ideas, actitudes y pautas de comportamiento que permitan la incorporación al mundo civil, a partir de la libertad de elección, la participación política y la libertad en la esfera de la vida familiar, pero esto no necesariamente coincide con las características de sumisión y disciplina que se requieren para la incorporación al mundo del trabajo (Pérez, 1992).

Generalmente se ha mencionado que el proceso de socialización de las nuevas generaciones en la escuela se realiza mediante un adoctrinamiento ideológico, es decir, la escuela cumple la función de imponer la ideología dominante como menciona Althusser (1985),¹⁰ mediante un proceso más o menos abierto y explícito de transmisión de ideas y comunicación de mensajes, selección y organización de contenidos de aprendizaje. De este modo los alumnos/as, asimilan los contenidos explícitos del currículum escolar e interiorizan los mensajes de los procesos de comunicación que se activan en el aula, de tal manera que se va configurando un cuerpo de ideas y representaciones subjetivas conforme a las exigencias del sistema, con miras a la aceptación del orden real como inevitable, natural y conveniente (Apple, 1995).

La atención exclusiva a la transmisión de contenidos y al intercambio de ideas ha supuesto una limitación en la concepción de lo que es el trabajo pedagógico. Los avances de la sociología de la educación y de la psicología social en el terreno pedagógico han provocado la ampliación del foco de análisis de la educación, de modo que se comprenda que los procesos de socialización que tienen lugar en la escuela ocurren también como consecuencia de las prácticas y las relaciones que se establecen y desarrollan en cada grupo social (Fernández, 1990). Los alumnos/as aprenden y adoptan conductas, no sólo como consecuencia de la transmisión e intercambio de ideas y conocimientos incluidos en el currículum formal, sino también y principalmente, como consecuencia de las interacciones sociales de todo tipo que tienen lugar en el aula.

En síntesis, en los años que pasa un individuo en la escuela, se adquiere algo que va más allá del conocimiento de los temas que los programas de estudio incluyen en cada nivel y todo este conocimiento impacta sin duda, entre otros comportamientos, el comportamiento reproductivo.

10 Althusser, considera a la educación como el elemento importante en la implantación de una ideología dominante, para él la escuela es el aparato ideológico del estado, mediante el cual la clase dominante puede reproducir las relaciones capitalistas de explotación. Citado en: De Ibarrola, (1985). Las dimensiones sociales de la educación. Ediciones El Caballito. México

2.4. La relación entre educación y fecundidad en los estudios demográficos

Dentro de los estudios demográficos que analizan la relación entre la educación y la fecundidad, se trata de hacer evidente el papel de la escuela en el comportamiento reproductivo.

Específicamente, se relacionan los años de escolaridad que completa un individuo en las primeras etapas de su vida con los eventos que vivirá en su vida adulta, dado que la experiencia de ir a la escuela, no ocurre en la vida adulta sino en la infancia y la adolescencia. Así, los años completados en el sistema formal de educación son considerados como un factor que puede influir en el momento en que ocurran eventos tales como: el inicio de su relación conyugal, el nacimiento del primer hijo o los hijos sucesivos y comportamientos relacionados como el uso de anticonceptivos, la duración de la lactancia de los hijos o la limitación definitiva de la fecundidad.

Esta relación es probablemente una de las que más atención ha recibido en los estudios de población; sin embargo, como Le Vine, (1991) señala, el proceso por el cual las experiencias aprendidas en la escuela pueden influenciar comportamientos demográficos permanece como una incógnita y esto, porque entre los procesos sociales menos entendidos están los que constituyen una mediación entre la experiencia educativa en la infancia y el comportamiento en la edad adulta; en este caso, de la mujer y sus decisiones reproductivas. El punto clave es estimar cómo el modelo educativo, que incluye contenidos y métodos, puede transformar la manera de pensar del individuo. Le Vine y White, (1986) sugieren que la escuela provee nuevos modos de comunicación que pueden ser útiles al analizar modelos sobre la práctica de la paternidad o maternidad.

Según Caldwell (1982), los valores sociales impartidos en la escuela tienen una influencia significativa en la relación educación y fecundidad. En la escuela se promueven valores de la clase media occidental, entre los cuales se encuentra el de una familia pequeña. El autor, al analizar los textos escolares recientes en Kenia, Ghana, y Nigeria encuentra que allí la norma generalizada es la de una familia nuclear con pocos hijos.

La escolaridad también expone a los niños a diferentes ideas a través del estudio de la Historia, la Geografía, o simplemente a través de la lectura en general; así, los escolares obtienen mayor información del mundo. Como consecuencia del incremento de información, la

exposición a nuevas ideas y a la referencia a figuras de autoridad¹¹ que desde la educación elemental se promueve, puede producirse un cambio ideacional que se verá reflejado en la fecundidad. Ahora bien, esa información que se recibe y que se relaciona con el comportamiento reproductivo, no sólo hace referencia al número de hijos, sino también a otros aspectos como pueden ser la entrada a la unión, la duración de la lactancia y del periodo posparto, el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y el cuidado de los hijos.

La escolaridad amplía el acceso a la información no sólo a través de los medios masivos de comunicación como la televisión o el radio, la alfabetización permite acceder a material impreso que incluya textos. Además, el acceso a la información desarrolla en la mujer su capacidad intelectual y la posibilidad de adquirir conocimientos y habilidades que le permitan insertarse en el mercado laboral y por lo tanto, influir en la decisión que lleve a que no se dedique exclusivamente a desempeñar roles familiares.

Se ha mencionado previamente, que la educación juega un papel importante en el retraso de la edad a la unión y al nacimiento del primer hijo, la pregunta que surge es, a qué se debe este hecho: Los planteamientos de Jejeebhoy (1995), nos ayudan a entender este aspecto. La autora plantea que la educación influencia la fecundidad negativamente en la medida que incrementa la autonomía de la mujer; es decir, que el impacto de la educación en la fecundidad es mayor cuando la educación ofrece la posibilidad de ampliar su papel en la toma de decisiones familiares y el acceso y control de los recursos económicos del hogar, esto hace que las influencias del ambiente social, que incluye a la familia, puedan ser procesadas a través de la decisión autónoma de la mujer en la medida en que accede y/o controla recursos.

Exponiendo a las mujeres a nuevas ideas y permitiendo ganar dinero en el empleo fuera de la casa, la educación puede afectar la autonomía de las mujeres por varios caminos. La educación le da la oportunidad a la mujer de tener una mejor posición dentro del hogar; mayor independencia económica, mayor independencia del esposo y de su familia y poder para negociar con su pareja respecto a su reproducción; es decir, la educación puede otorgar poder a las mujeres, lo que se ve expresado en el deseo de tener un determinado número de hijos (Mason, y Taj, 1987). Las mujeres con mayor autonomía están más dispuestas a lograr el tamaño de

¹¹ La escuela promueve figuras de autoridad más allá de la familia, como son los propios maestros, o los médicos, de quienes los escolares pueden obtener información útil para la toma de decisiones en diversas materias como la salud.

familia deseado y podrían estar menos influenciadas por sus familias y por lo tanto, las mujeres más educadas son las que aceptarían en mayor medida métodos de planificación familiar.

Lesthaeghe y Surkin (1988), prestan atención al proceso a través del cual se debilita el control social por parte de las instituciones tradicionales; en este sentido, la escuela a través de la educación formal promueve un nuevo principio de conducta y un nuevo valor que legitima un cambio o acepta determinados comportamientos en el proceso de formación de la pareja. Es decir, promueve la autonomía individual y la no aceptación de las normas impuestas.

Un hecho a tener en cuenta es que la educación juega un papel importante en la condición de la mujer en el ámbito familiar y social, es decir, en la medida en que la mujer adquiere mayor nivel de escolaridad, su estatus cambia y ello hace que ella tenga mayor autonomía en las decisiones reproductivas.

2.5. Educación y estatus de la mujer

Por lo que se ha mencionado, más allá de que la educación permite tener acceso a la información, influye en el proceso de socialización y contribuye a superar actitudes fatalistas relacionadas con la reproducción y la sobrevivencia de los hijos, la escolaridad modifica el estatus de la mujer, por lo que, una vía fructífera para explicar el efecto de la educación sobre la fecundidad es incorporar el papel de la educación en la modificación del estatus de la mujer.

Este apartado tiene la intención de hacer referencia a este efecto de la educación sobre el estatus de la mujer. Al respecto, se reconoce que la educación es una variable que en gran medida define el estatus de la mujer al darle mayor poder de decisión, lo que explicaría su efecto sobre el comportamiento reproductivo específicamente observable a través de su resultado en el número de hijos. La educación modifica el estatus de la mujer, lo que significa, que una elevación de su estatus le permite a la mujer más fácilmente tomar decisiones con respecto a su reproducción; concretamente, la mujer puede planificar el número de hijos que desea tener y el momento en que los desea tener sin estar supeditada a las decisiones de otros individuos o a las influencias de su entorno.

El estatus es un amplio concepto que hace referencia a múltiples aspectos de la vida de la mujer, como tal ha tenido diversas significaciones a lo largo de la historia. En los inicios del siglo XX al hablar de estatus se hacía referencia a la posición legal de la mujer y las

problemáticas asociadas tenían que ver con discriminación legal. (Hommes, 1978) Posteriormente, las referencias al estatus se hacen en función del papel que la mujer juega dentro de la familia, es decir, en relación con los roles de madre y esposa. Más recientemente, se incluye dentro del concepto estatus de la mujer su posición en relación con la posición del hombre. Con los avances del movimiento feminista, se amplía el significado de este concepto y se incluye todo lo que tenga que ver con las manifestaciones que significan un ejercicio real de la libertad que cubre todos los campos donde el ser humano puede actuar. Según Hommes (1978), estas ideas fueron aceptadas por varias disciplinas entre ellas la sociología, que explica que las diferencias entre los sexos se deben a patrones culturales y a diferentes experiencias de socialización que se perciben precisamente a través del estatus.

El estatus ha sido definido como el grado de acceso y control a los recursos materiales y sociales (poder, prestigio) dentro de la familia y la sociedad (Dixon, 1978). Así mismo, el estatus de la mujer se refiere a la posición de la mujer en la sociedad en diversos órdenes. Autores como Hommes, (1978, op cit.) estudian la relación entre estatus de la mujer y procesos demográficos, definiendo el estatus como la posición de la mujer comparada con la del hombre. En tanto que Piotrowski (1976) y Pinnelli (1976) consideran además el estatus de la mujer con relación a otras mujeres, su control de los recursos comparado con el hombre y el grado de autonomía. Sin embargo, se ha argumentado que este concepto es poco claro y difícil de operacionalizar, no únicamente puede variar a lo largo de diferentes dimensiones, tales como el poder en la toma de decisiones o la libertad de movimiento, sino en las diferentes esferas de la función de la mujer, que incluyen la actividad doméstica y no doméstica (Mason, 1986; Whyte, 1978).

Dada la complejidad del concepto, generalmente se ha tenido la tendencia a utilizar otros no menos complejos, por cierto, pero que se consideran más fáciles de hacer operativos, así, se han mencionado: empoderamiento (empowerment), autonomía femenina (Dyson y Moore, 1983); extensión del patriarcado¹², derechos femeninos, (Dixon, 1975); situación de ventaja masculina (Caldwell, 1981); desigualdad de género, (Young y Danner, 1994; Balk, 1994), acceso y control de los recursos dentro del hogar y prestigio (Mason, 1984).

12 El Trabajo de Dyson y Moore, (1983) para el norte de la India, muestra que en un sistema de parentesco patriarcal, caracterizado por los arreglos matrimoniales, temprana edad a la unión, segregación social de los sexos, limitada comunicación entre la pareja y preferencia por hijos, la autonomía de las mujeres es limitada.

Otro término que hace referencia al estatus de la mujer es el de posición de la mujer¹³ en espacios institucionales, que se percibe por el lugar que ocupa en la estructura social (Mason, 1996; Jeffery y Basu, 1996).

Basu (1992), menciona que debido a que el concepto estatus ha sido desde mal definido hasta mal utilizado, se ha creado cierto prejuicio sobre la conveniencia de su empleo en el análisis de la situación de la mujer y por eso, es mejor referirse a algo más neutral como por ejemplo el rol de la mujer, la posición de la mujer o algo más directo en relación con su condición como el acceso a los conocimientos, las actitudes y prácticas de la mujer en su vida cotidiana, aspectos que en relación con la fecundidad y la salud son fundamentales.

Es cada vez más importante para la demografía, la inclusión del concepto de estatus de la mujer y se ha propuesto su operacionalización para intentar con ello dar una explicación de los cambios en la dinámica poblacional de sociedades concretas asociados a la situación de la mujer. Así, el estatus de la mujer ha sido incluido como un factor que explica tanto el descenso de la mortalidad como el de la fecundidad (Caldwell, 1982; Kassarda, 1986).

En la demografía, el estatus de la mujer ha sido incorporado como un concepto central en la teoría del cambio demográfico. Por ejemplo, en la teoría de la transición demográfica se reconoce que la participación de las mujeres en el mercado laboral puede motivar a las parejas a limitar su fecundidad, por las implicaciones que tiene para ellas el desempeño de una actividad económica que además de generar recursos, la pone en contacto con nuevos ambientes sociales, nuevas ideas y otras personas con las que interactúa, lo que le permite asumir nuevos comportamientos, tener conocimiento de métodos de planificación familiar y asumir decisiones sobre su futuro, lo que promueve una mayor participación en las decisiones familiares (Mason, 1984).

El estatus de la mujer ha sido ampliamente reconocido como un concepto clave en la explicación del descenso de la fecundidad. A lo largo de numerosos estudios se ha documentado que la posición de la mujer en la sociedad está determinada fundamentalmente por su rol reproductivo, en la medida en que le está restringido el acceso a los espacios de decisión y el manejo de los recursos de la sociedad y de instituciones como la familia (United Nations, 1995). De esta manera, su papel social es el de madre y encargada del espacio doméstico para servicio

13 Posición de la mujer significa control de los recursos, en comparación con el hombre, el grado de autonomía en relación con el control del hombre y otros aspectos de su privilegio u opresión que se encuentran en la sociedad a través de las instituciones sociales (Mason, 1996; Jeffery y Basu, 1996).

de otros. Pero cuando su estatus se modifica asume nuevos roles que entran en contradicción con el papel exclusivo de madre.

La relación entre estatus de la mujer y el comportamiento reproductivo ha sido el tema central de muy diversos estudios: Mason (1984); Caldwell y Caldwell, (1988); Cain, (1984); Kritz y Gurak, (1989); Safilios-Rothschild (1985), pero ya desde décadas anteriores un amplio número de investigaciones había mostrado cómo la elevación del estatus de la mujer está relacionado con una baja fecundidad. En los años sesenta y setenta, autores como Blake (1965), Ridley (1968), Dixon (1975) y Germain (1975), argumentaron que el estatus de la mujer tenía implicaciones en lo demográfico. Pinnelli (1976), por ejemplo, mostró que el incremento de la educación y más concretamente un incremento en el estatus social de la población del cual la educación es un indicador, puede fomentar transformaciones en varios aspectos del comportamiento reproductivo como el deseo por determinado tamaño de familia, el ritmo de construcción de la familia, conocimiento y uso de métodos de control natal y la capacidad para espaciar los nacimientos. Por su parte Piotrowski (1976) relacionó procesos demográficos con el estatus de la mujer, al identificar su efecto con la nupcialidad y especialmente con la disolución de los matrimonios.

Es posible identificar en la literatura sobre este tema, que la posición de la mujer actúa en la fecundidad a través de cuatro factores:

- La edad a la unión,
- La motivación para limitar la familia,
- La mayor efectividad en el uso de la anticoncepción y
- Un mejor uso de los servicios de salud.

Gage y Meekers (1995), muestran la relación entre estatus femenino y cambio demográfico a través de la nupcialidad y concluyen que mejorando el estatus de la mujer, se produce un retraso de la edad al inicio de la primera unión, así como modificaciones en la estabilidad de la misma.

El trabajo realizado por Knodel, Chanrathirong y Debavalya (1987), muestra que una situación favorable de las mujeres en Tailandia como reflejo de la alfabetización universal, fue un incremento en su participación laboral, una modificación en la interacción entre esposos que

tiende hacia relaciones igualitarias y un aumento de la autonomía, las cuales contribuyeron al descenso de la fecundidad en este país.

Cochrane, (1979) y Mason, (1986) concluyen que mejorando el estatus de la mujer se da el descenso de la fecundidad. Más recientemente Kishor y Neitzel (1996), con datos de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS), realizan un análisis del estatus de la mujer en 25 países. Con los datos de estas encuestas la autora construye un índice resumen para medir el estatus de la mujer a través del cual confirma una relación entre éste y la fecundidad.

Desde el punto de vista teórico, el análisis del estatus trata de hacer explícita la estructura de relaciones que definen el espacio en el que se generan las influencias de la posición social femenina sobre la fecundidad. Las hipótesis utilizadas para estudiar el impacto de la posición de la mujer en la fecundidad hacen referencia a su influencia sobre los determinantes próximos de la fecundidad: edad a la unión y planificación familiar. Dentro de esta línea analítica la edad al matrimonio está directamente relacionada con la autonomía femenina, porque un matrimonio a edades tempranas, es una estrategia utilizada por la familia y el grupo social más amplio para el control de la sexualidad de las mujeres (Cain, 1984); Caldwell y Caldwell, (1988). Así, un incremento en la autonomía femenina significa que la presión para el matrimonio temprano se debilita y junto con el efecto multiplicador que pueda manifestarse sobre otras variables, es posible suponer que un incremento en la autonomía femenina facilita la transición hacia el descenso de la fecundidad en la medida en que afecta las variables relacionadas con los riesgos de embarazarse (García y De Oliveira, 1989).

2.5.1. Educación y autonomía

Hay autores que resaltan la importancia de la autonomía respecto a la decisión de tener hijos derivada de la escolaridad como factor central en la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, al uso de anticoncepción o al matrimonio tardío que definen un cambio en la conducta reproductiva (Dyson y Moore, 1983; Caldwell, 1985; Cain, 1988; Ware, 1984, Jejeebhoy, 1995). No obstante, también se plantea que el concepto autonomía es multifacético y multidimensional, lo que implica una gran variedad de definiciones de autonomía de acuerdo al contexto en el que se ubica una mujer.

Para esta investigación es importante destacar aquellos elementos de la autonomía femenina más relacionados con la educación, así: Dyson y Moore (1983) definen autonomía como el grado en la cual la mujer tiene la capacidad de manipular su entorno personal y la habilidad técnica, social y psicológica de obtener y usar información como la base para tomar decisiones sobre su vida privada. Por su parte Jeffery y Basu (1996) plantean que hay tres aspectos importantes que intervienen en el efecto de la autonomía femenina en la fecundidad, o que hacen que la mujer tenga más o menos autonomía: a) el primero, se refiere a la cuestión de la **agencia**, es decir, el espacio estructurado en el que cada individuo o agente juega un rol y que por ejemplo, en el caso del espacio familiar define qué pueden hacer las mujeres o cómo negociar cuando la agencia es limitada por el peso de las decisiones de las mujeres viejas sobre los derechos reproductivos. b) el segundo, se refiere a un posible conflicto entre valoración externa de la mujer y su propia visión del mundo, acerca de que es lo posible o deseable y c) el tercero, es la cuestión de los indicadores más adecuados para medir autonomía.

Para Basu; (1996), autonomía implica la libertad o habilidad para tomar decisiones o el derecho al ejercicio de la elección. De acuerdo a Mason, (1995), autonomía femenina usualmente hace referencia al ámbito en el cual las mujeres son libres del control del hombre. Autonomía también hace referencia a roles en el mundo del trabajo, aspectos del control sobre los recursos incluyendo la disposición del ingreso y el tiempo y acceso al espacio público.

Diversas investigaciones sociológicas y antropológicas han sugerido que generalmente se estima de que las mujeres disfrutan de un pequeño grado de autonomía cuando participan en decisiones familiares que generalmente son tomadas por el hombre y en las cuales raramente se consulta a la mujer (Basu, Op.cit. 1996). Con esta perspectiva, se define autonomía como el grado o nivel en el cual la mujer tiene la capacidad de manejar o manipular su medio personal y en sociedades donde la mujer ejerce autonomía frente al hombre, se habla de que hay libertad de movimiento.

Para el presente análisis se entiende autonomía como el mecanismo a través del cual las mujeres adquieren poder para tomar decisiones y tienen control de su fecundidad.

2.5.2. Educación, fecundidad y estatus de la mujer

Con frecuencia se dice que la educación es una de las características del individuo más fáciles de medir, por lo tanto, se justifica su uso frecuente para relacionarlo con estatus, condición de la mujer o autonomía; sin embargo Mason, (1995), argumenta que el indicador tiene problemas ya que normalmente el nivel educativo está asociado con posición social y económica de la pareja y no necesariamente con las condiciones individuales de la mujer. No obstante, el nivel educativo es uno de los indicadores más disponibles para ser analizados, ya que se generan en las fuentes de información tradicionales para el estudio de la fecundidad (censo, encuestas y registros administrativos) y más relacionados con el estatus de la mujer y constituye una variable clave para explorar la relación entre el desarrollo de la mujer y su experiencia reproductiva. Sobre esto último, Kassarda, (1989), argumenta que aunque la educación no sea necesariamente el primer instrumento para elevar el estatus de la mujer, es la variable socioeconómica sobre la que más fácilmente se puede incidir a través de políticas públicas para producir una reducción de la fecundidad en países en desarrollo.

La educación de la mujer está vinculada a factores claves que influyen en el número de hijos que ella tiene. Entre esos factores se encuentra la percepción de la mujer acerca de la importancia del matrimonio y de la maternidad, su edad al contraer matrimonio o iniciar relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y sus prácticas de lactancia y de crianza de los hijos. Por lo tanto, es importante hacer evidente la influencia del nivel educativo de la mujer en los principales determinantes de su vida reproductiva.

La educación es ampliamente mencionada como un concepto importante en los comportamientos demográficos debido al impacto sobre la posición de la mujer, particularmente en una sociedad patriarcal, la cual controla la libertad de la mujer (Kritz, et al, 1989). La escolaridad femenina abre las puertas al conocimiento, incluyendo el conocimiento de la anticoncepción, es decir, en dónde obtener y como usar métodos anticonceptivos con efectividad. La educación permite a la mujer asumir más autonomía y poder, promueve también mayor igualdad lo que ayuda a tener un mayor control de su propia vida y una mayor participación en sus asuntos afectivos que conciernen a ella y a su familia (Mason, 1984, 1992; Kassarda, J. 1986; Smock, A. 1981). La escolaridad por lo tanto le otorga a la mujer un mejor estatus y le brinda la posibilidad de tomar sus propias decisiones y participar en las decisiones familiares, incluyendo

decisiones que atañen a su reproducción, es decir, le permite tomar decisiones respecto al número de hijos que desee tener y el tiempo en que desea tenerlos; esto significa una relación de género más igualitaria y mayor independencia con respecto al hombre y a los demás miembros del hogar.

La educación facilita el reconocimiento del lugar que la mujer ocupa en la sociedad, lo que le permite tener acceso a lo que culturalmente o socialmente se le niega y que incluso, ella misma no ha identificado, es decir, la posición que le permite tomar sus propias decisiones con respecto a su reproducción no solamente frente a su esposo, sino frente a la comunidad o a la familia.

En ese sentido es posible establecer la relación entre la educación y la fecundidad explorando algunos aspectos de la autonomía de la mujer. Tres trabajos ilustran claramente este aspecto: El primero es el de Mason, (1988) que estudia tres aspectos de la autonomía y poder: a) poder en la toma de decisiones económicas, b) libertad de movimiento y c) exposición al control coercitivo interpersonal en la familia. El segundo es el de Basu, (1996), en el cual se considera que el nivel de autonomía de la mujer está determinado por una mezcla de diversos tipos de autoridad: a) el grado de libertad en la toma de decisiones; b) el número de dominios en los cuales tal poder en la toma de decisiones puede ser ejercido y en particular el número de aspectos no domésticos bajo los cuales la mujer tiene control y c) la extensión de la influencia de otros reconocimientos en la toma de decisiones. El tercer trabajo es el de Jejeebhoy, (1995), quien argumenta que la educación puede adelantar importantes cambios en cinco aspectos de la autonomía, que impactan en el comportamiento reproductivo: a) información o conocimiento y exposición; b) incorporación a prácticas modernas e información cada vez más específica o sofisticada; c) Autonomía en la toma de decisiones en general o decisiones concernientes a la familia o a su propia vida y a la crianza de sus hijos; d) autonomía física o movilidad física; y e) autonomía emocional y autonomía social y económica, es decir acceso y control de los recursos e incremento de su autoestima en términos de estatus social y aceptación.

Esos tres trabajos, coinciden en la importancia de la toma de decisiones respecto a la reproducción y del control de los recursos dentro de la familia. En ese sentido las mujeres con poca educación o sin ella, pero que además participan en la actividad económica, pueden tener acceso o control sobre los recursos y pueden tomar decisiones que refuerza su libertad y su estatus en la familia y en la sociedad.

En ese sentido, el estatus de la mujer manifestado a través de la educación incluiría aspectos relacionados con la autonomía, igualdad de género, poder en la toma de decisiones en una sociedad donde el contrato de género¹⁴ se caracteriza por asignarle el papel de ama de casa. Estos elementos permiten el establecimiento de la conexión teórica entre posición femenina y fecundidad, que puede ser entendida en términos de la oferta, demanda y la regulación del número de hijos a través de la anticoncepción (Mahon, 1995)

2.6. Propuesta de análisis

El análisis de la relación educación-fecundidad debe partir de una perspectiva que haga referencia a los factores que inciden directamente sobre la fecundidad y que sin abandonar un enfoque en el cual la estructura socioeconómica es fundamental para entender la evolución de las variables demográficas y concretamente la fecundidad y en el que se reconoce la importancia de las dimensiones cultural e ideológica en la evolución de la fecundidad, sea posible analizar cómo y a través de qué mecanismos se está afectando el tamaño de familia deseado y alcanzado.

Efectivamente hay canales a través de los cuales las influencias sociales actúan sobre la fecundidad estos pueden ser directos, indirectos o una combinación de ambos (Cochrane, 1979; Caldwell, J. 1980; Kassarda, J. 1986). Las influencias directas se manifiestan por la orientación psicológica que favorece un tamaño pequeño de familia; las influencias indirectas son el resultado de fenómenos sociales y económicos por ejemplo, la participación de la mujer en la actividad económica remunerada, que afectan el número y espaciamiento de los hijos a lo largo de su historia genésica.

Una forma de analizar de manera conjunta las influencias de la educación sobre la fecundidad cuando se tiene información a nivel individual como es el caso de aquella proveniente de encuestas, es la construcción de un marco de interpretación en donde pueda ser formalizado el efecto de la educación sobre la demanda de hijos, su oferta y la regulación de la fecundidad.

¹⁴ Un contrato de género operacionaliza el sistema de género que se refiere a modelos establecidos de creencias y prácticas sociales que crean menos expectativas en la mujer que en el hombre. El sistema de género se mantiene en 3 niveles: a) superestructura: normas valores b) las Instituciones: la familia, la escuela, instituciones de seguridad social. c) procesos de socialización entre los que se encuentran los roles de sexo (Mahon, 1995).

Se trata concretamente, de partir de la propuesta original de Easterlin (1975) aplicada a los casos de Colombia y México de tal manera que como el mismo autor propone al concluir el análisis realizado para Sri Lanka y Colombia, “la siguiente y más importante etapa en la implementación del enfoque de oferta y demanda consiste en clarificar los canales específicos a través de los cuales la modernización incide sobre las variables de este marco” (Easterlin y Crimmins, 1985, p. 187).

Debe aclararse que en este modelo los conceptos de oferta y demanda no tienen una connotación económica y sirven únicamente como elementos de clasificación de hechos y acciones del individuo relacionados con la procreación. Es decir, se utilizan desde una perspectiva sociológica.

La oferta, se refiere al número de hijos nacidos vivos que una mujer puede potencialmente tener a lo largo de su vida reproductiva y tiene que ver con el nivel de lo que técnicamente se conoce como fecundidad natural, con la sobrevivencia de los niños y con el patrón de nupcialidad.

Por lo que hace a la demanda ésta hace referencia al número de hijos deseado y queda definida por los costos y beneficios de tener determinado número de hijos, sin que estos costos se limiten a aspectos económicos.

En el caso de la regulación de la fecundidad, es la acción práctica que permite el equilibrio de la oferta y la demanda, equilibrio que se logra en la medida en que se incrementa la habilidad del individuo para usar los métodos y técnicas contraceptivas.

Es este modelo el que ha guiado el análisis de la información generada por las encuestas y que permite investigar de manera sistemática la relación entre educación y fecundidad.

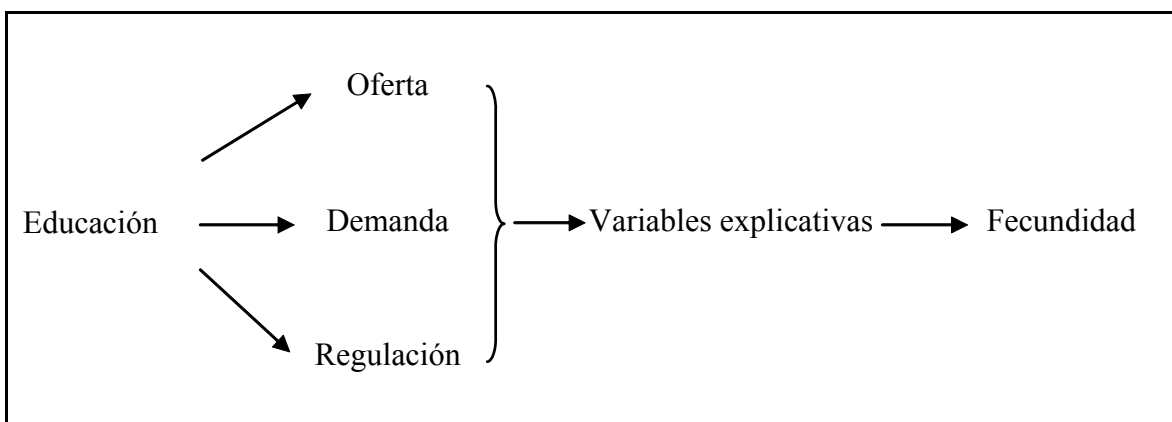
2.7. Modelo de interpretación

Como ya se mencionó en la introducción, este trabajo pretende estimar el efecto de la escolaridad sobre la fecundidad, así como analizar la transformación en los patrones reproductivos asociados a los cambios en la composición educacional de las diversas generaciones de mujeres en edades reproductivas, en dos países latinoamericanos: Colombia y México. Concretamente se busca analizar los cambios ocurridos en la fecundidad en los años recientes, partiendo de la hipótesis central de que el nivel de educación transforma la condición

de la mujer en el hogar en la toma de decisiones respecto a su reproducción y esto se refleja en su nivel de fecundidad.

Sin embargo, el mejoramiento del nivel educativo de las mujeres y su autonomía respecto a las decisiones reproductivas, no puede afectar directamente la fecundidad, sino a través de tres caminos: uno, cuyos factores constituyen la oferta de hijos; el segundo que influencia la demanda de niños, o sea el número de hijos que una pareja quiere tener y finalmente, los que influyen en la regulación de la fecundidad.

Esquema No. 2



2.7.1. Las variables y sus indicadores

El modelo planteado en este trabajo, requiere de la información para estimar variables como: fecundidad, educación, edad al matrimonio, edad al primer hijo, mortalidad infantil, tamaño de familia y conocimiento y uso de anticonceptivos. En cada uno de los apartados dedicados al análisis de los factores de oferta, demanda y regulación se menciona la forma como se obtiene los indicadores que se utilizan en este análisis, por lo que en este apartado se hace referencia a las dos variables que son la causa y el efecto del proceso analizado es decir, la educación y la fecundidad. Por lo tanto, a continuación se describe la forma como se miden y los principales problemas metodológicos a los cuales hay que enfrentarse al analizar esta relación a partir de información de encuestas.

2.7.2. Medición de la fecundidad

El análisis de la evolución de la fecundidad a partir de la información de una o varias encuestas permite el cálculo de lo que se denominan “tasas de fecundidad de periodo”; sin embargo es importante tener en cuenta que esta medida involucra la experiencia de varias generaciones, que pueden ser diferentes tanto en su composición demográfica como en su comportamiento reproductivo.

Por lo tanto, además de las estimaciones transversales, en este estudio se realiza un seguimiento de la historia reproductiva de las mujeres entrevistadas en las encuestas de los dos países por cohortes quinquenales de nacimiento (generaciones) y se calculan para cada una de ellas tasas específicas de fecundidad general y marital. El propósito de este análisis es el de poder establecer a través de una primera aproximación los efectos de la edad, el periodo y la cohorte sobre la fecundidad, lo que puede visualizarse al comparar el comportamiento de cada generación a través de la observación de la manera en que evoluciona su historia genésica con estimaciones longitudinales de la fecundidad. Un ejemplo de este tipo de análisis es el realizado por Zavala (1988) para el caso de México.

La observación de la evolución de la fecundidad y sus diferencias según nivel de escolaridad, se ha hecho a partir de la estimación de tasas específicas de fecundidad por edad y tasas globales de fecundidad, con la información de las historias de nacimientos en cada una de las encuestas utilizadas. Las tasas se han estimado a través de un programa de computador basado en el denominado *Pregnancy History Analysis* elaborado por el Community and Family Studies Center de la Universidad de Chicago (Bogue y Bogue, 1970). Este programa permite calcular tasas de fecundidad por edad y años calendario, al relacionar número de hijos vivos y años-mujer a la edad x en el año t . Esto es posible realizarlo en virtud de que en las historias genésicas de las mujeres entrevistadas se cuenta con información sobre la fecha de nacimiento de cada uno de los hijos nacidos vivos, así como de la mujer entrevistada, de tal manera que en este caso, es posible calcular la contribución exacta que cada mujer hace a la edad x en el año t y por lo tanto el número total de años-mujer que constituye el denominador de la tasa específica de fecundidad.

La tasa de fecundidad a la edad x se expresa como sigue:

$$F_i = \frac{B_i}{P_i} \times k$$

Donde i = edad de la mujer

F_i = tasa de específica de fecundidad por edad i

B_i = número de nacimientos de las madres quienes tenían edad i en un cierto año t

P_i = población femenina que tenía edad i durante el intervalo de tiempo al que hace referencia las tasas

k = base de las tasas que usualmente es 1000

El numerador de la tasa está constituido por los nacimientos, de tal manera que mediante este programa, cada uno de los nacimientos es clasificado según el año en que ocurre y según la edad de la madre cuando se produce este nacimiento. De esta manera, cada evento se ubica en una matriz cuyas líneas representan años calendario y las columnas la edad de la mujer entre los 15 y los 49 años. El año de ocurrencia se obtiene directamente de la historia de nacimientos y la edad de la madre se calcula restando de la fecha de nacimiento de la madre, la fecha de nacimiento del hijo, utilizando para esto tanto el año como el mes de nacimiento.

Para lograr una estimación precisa de las tasas, el denominador lo constituye el conjunto de años-persona, que se deriva de ubicar la contribución de cada mujer a la edad exacta i en los años del periodo que se analiza, para lo cual se calcula el número de meses que cada mujer en la muestra aporta a una cierta edad en cada año.

La aportación se calcula de la siguiente manera:

$$P_i^t = 1 - (MN / 12)$$

En donde MN = dígito del mes de nacimiento de la mujer

$$P_{i+1}^t = (1 - P_i^t)$$

Así, P_i^t = número de meses que cada mujer aporta a una cierta edad i en el año t , y

P'_{i+1} = número de meses que cada mujer aporta a una cierta edad $i+1$ en el año t

La suma de P'_i y P'_{i+1} es igual a 1.

Por ejemplo, una mujer que ha nacido en septiembre aporta en cada año a la edad i .75 años-persona y .25 a la edad $i+1$. Así, una mujer que nació en septiembre de 1950, en 1990 aportó .75 años-persona a la edad 39 y .25 años persona a la edad 40.

La suma de las aportaciones individuales de cada mujer en cada celda de la matriz correspondiente, constituye el denominador de las tasas en cada año y edad. Esta forma de cálculo permite sin dificultad aplicar los ponderadores de la muestra.

Este programa produce una matriz de tasas individuales, que permite realizar análisis transversales y análisis longitudinales, ya que se puede seguir a través del tiempo la fecundidad de las diversas generaciones de mujeres en la muestra, para el total de la población o para subgrupos clasificados según determinada característica, como es el caso del nivel de escolaridad. Esto posibilita estimar por edades simples la fecundidad acumulada hasta la edad x de la población objeto de estudio.

El hecho de contar en las encuestas de Colombia y México con historias de nacimientos hizo posible aplicar el mismo procedimiento de estimación y garantizar la comparabilidad de los resultados.

Otro tipo de medida más sencilla de la fecundidad a la que también se hace referencia en el texto, la constituye el promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad, indicador que permite observar las diferencias en la fecundidad según nivel de escolaridad.

2.7.3. Medición de la educación

En cuanto a la medición de la educación que se considera la variable independiente cuya influencia sobre el comportamiento reproductivo interesa estimar, es necesario hacer referencia a su conceptualización desde el punto de vista sociológico, para pasar a su definición a través de un indicador que resuma este concepto y que sea susceptible de ser generado con la información disponible en las encuestas que sirven de base a este análisis.

Como ya se mencionó en otro apartado, la educación se refiere a un proceso social en el cual se interiorizan normas, valores, ideas, permitiéndole al individuo una capacidad autónoma de razonamiento, el cual se lleva a cabo a través del sistema educativo (escuela), organización que los transmite y los reproduce.

En la medida en que el individuo adquiere conocimiento de su realidad, percibe que, en el caso de la reproducción, puede decidir sobre el número de hijos que desea tener y busca los instrumentos y desarrolla acciones para lograrlo. Este, constituye un proceso gradual en función de los contenidos de la educación que no es necesariamente homogéneo.

En estos términos se hace difícil encontrar un indicador que pueda contener a nivel individual las diferentes dimensiones de la educación, que la refleje en su complejidad y satisfaga plenamente las demandas analíticas de los especialistas en demografía. Para algunos investigadores (Caldwell, 1979, 1980) el logro educativo que más impacta los fenómenos demográficos es el alfabetismo, es decir, la capacidad de leer o escribir. Para la mayoría, sin embargo, lo más importante de la educación es el avance en la educación formal medida por los años de escolaridad terminados o por los niveles de certificación. Estos indicadores están relacionados entre sí, pero cada uno de ellos pone énfasis en un aspecto particular de la experiencia educativa. El alfabetismo es usualmente usado cuando se privilegia el papel del acceso a la información como la variable que directamente impacta los fenómenos demográficos; mientras que la educación medida a través de los años de escolaridad puede ser más útil para medir la socialización que se produce como resultado de la permanencia en la escuela y la exposición a los contenidos de los programas escolares. Por otra parte, el nivel de escolaridad terminado, puede ser el indicador más apropiado para examinar los resultados de la educación que inciden sobre la posibilidad de participar en la actividad económica, en ocupaciones a las que se puede optar con base en los certificados y credenciales obtenidas en la escuela.

Con el propósito de contar con categorías estandarizadas de logros educativos, Naciones Unidas (United Nations, 1995) propone tres índices alternativos para medir el nivel de escolaridad de una población. El primero se basa en la estimación de una cantidad relativa de logros, de tal manera que el nivel de educación que logra un individuo, simplemente se clasifica como bajo, medio o alto con relación a la distribución de la población según el nivel educativo de cada país. Dada la diversidad de contextos educativos existentes, este índice podría ser relevante para calcular que cantidad de educación es requerida o que esfuerzo educativo es

necesario realizar en cada sociedad para disminuir las diferencias extremas y hacer una sociedad más homogénea; sin embargo, el criterio para establecer esta clasificación es una función del nivel de desarrollo de cada país y por lo tanto, no permite hacer comparaciones entre países.

Un segundo índice se basa en los niveles de educación específicos de cada país, donde las categorías básicas son: educación primaria, secundaria y educación superior. Se supone que estos niveles constituyen referencias muy claras en el avance educativo individual. La información sobre nivel de escolaridad es usualmente precisa y tiene un significado similar, desde el punto de vista funcional cuando se trata de hacer comparaciones entre países y facilita la ubicación de la población en la estructura social. Sin embargo, esta clasificación tiene limitaciones en la medida en que el avance a lo largo de determinado nivel puede ser especialmente significativo en determinados contextos sin que, por ejemplo, la educación primaria llegue a concluirse; es decir, puede ser importante completar los tres primeros años de la educación primaria, o ingresar al bachillerato, sin que necesariamente se concluya. Por lo tanto, la distinción entre grado de avance y nivel terminado puede tener relevancia, e incluso puede también resultar importante tomar en cuenta las transformaciones que el sistema educativo haya tenido a lo largo del tiempo, cuando se pretenden realizar comparaciones entre las cohortes cuando los periodos que interesa analizar son de muy larga duración y los logros escolares se modifican.

El último de los tres índices propuestos por Naciones Unidas, se basa en los años terminados de escolaridad. Esta clasificación provee una simple base para la comparación nacional. Aunque puede haber diferencias importantes de carácter cuantitativo y cualitativo cuando se comparan países según el nivel de educación medido por los años de escolaridad, las divergencias se reducen cuando la población es clasificada según grupos de escolaridad. Para el caso de Colombia y México aunque pueden existir diferencias como las mencionadas en párrafos anteriores, sus contenidos son tan similares que no se considera que puedan ser especialmente relevantes para incidir sobre los comportamientos que interesa analizar.

Tomando como referencia el estudio que realiza Naciones Unidas (United Nations, 1987), en el cual se explora la relación educación y fecundidad y a partir de la discusión que se hace en el reporte de Naciones Unidas (United Nations, 1995), en este estudio se ha considerado analizar el efecto de la educación sobre la fecundidad a partir del número de años terminados en el sistema de educación formal. El número de años de escolaridad sirvió para formar categorías que representan condiciones claramente diferenciales entre la población en relación con sus

condiciones socioeconómicas, su nivel de información y su nivel de socialización de tal manera que estos grupos son: cero años de escolaridad; 1 a 3 años; 4 a 6 años y siete años o más. Es posible suponer que el primer grupo está constituido por mujeres analfabetas o cuasi-analfabetas en condiciones de serias limitaciones económicas y con acceso reducido a servicios de salud y asistencia social; las mujeres que completaron los primeros años de la escuela primaria además de que han sido alfabetizadas, han estado expuestas a un proceso de socialización que aunque puede ser limitado les permite interactuar con la población que asiste a la escuela y a recibir la información que sus maestros le transmiten; avanzar en la escuela elemental más allá del tercer año de primaria e incluso completar este nivel de educación puede transformar significativamente el comportamiento individual, ya que un mayor conocimiento y el hecho mismo de obtener la certificación de haber concluido la escuela primaria hace que la mujer esté en posibilidades de acceder a un empleo remunerado para el cual se exige mostrar que se tiene al menos un nivel de escolaridad elemental, que permita leer y “hacer cuentas”. El cuarto grupo constituye a la población que se ha podido incorporar a la educación secundaria y que se encuentra en condiciones menos desventajosas en relación con los grupos anteriores y que por lo tanto, puede plantearse objetivos de desarrollo personal que van a afectar su comportamiento reproductivo.

Por otra parte, no se hizo una mayor desagregación dado que el análisis se realiza con información de encuestas por muestreo, el agrupar categorías reduce los errores en las estimaciones. Teniendo en cuenta este aspecto, fue necesario durante el desarrollo de la investigación reagrupar en una sola categoría a las mujeres con cero años y las que tenían uno a tres años de tal manera que se conformó el grupo de mujeres de 0 a 3 años de escolaridad, ya que los datos mostraron que en las generaciones jóvenes las mujeres que no asistieron a la escuela prácticamente han desaparecido.

Si bien la clasificación que se realiza, basada en años de escolaridad facilita la comparabilidad entre generaciones de mujeres y entre países, se debe tener en cuenta que no es posible tener un indicador perfecto que garantice esta comparabilidad ya que la escuela no es una institución que ejerce idéntica influencia en todo lugar y entre toda la población, es una institución que varía marcadamente en sus estructuras y en el contenido de sus acciones en sociedades concretas.

Una importante limitación de la medida de la educación por el número de años aprobados en el sistema escolar, es que este indicador mide el tiempo que pasa una persona en la escuela sin tomar en cuenta la calidad de la educación. La asistencia escolar refleja únicamente un índice directo del conocimiento adquirido. De otro lado, el contenido explícito de los currícula, el medio escolar, el estilo de la instrucción y los patrones de interacción social dentro del salón de clase, el llamado curriculum informal, son todas componentes integrales de la experiencia educativa con implicaciones importantes en el desarrollo de las mujeres y en la transmisión de los valores sociales. Sin embargo esas dimensiones de la educación no son incorporadas en este estudio debido a que no se cuenta con información sobre estos aspectos en las encuestas analizadas.

Otra desventaja de usar sólo a la escolaridad, es que las experiencias aprendidas fuera del espacio escolar pueden tener una especial significación en el comportamiento individual con respecto a la reproducción, sin embargo, en este trabajo este aspecto no se tiene en cuenta.

A pesar de las limitaciones expresadas, la medición de la educación a través de los años de escolaridad refleja la experiencia previa de una amplia gama de estudios demográficos, todos ellos consistentes en sus hallazgos de acuerdo con las hipótesis planteadas en cada uno de ellos y estadísticamente rigurosos en sus mediciones. Así se ha comprobado que la transición del analfabetismo hacia el alfabetismo, usualmente descende la fecundidad, pero que los descensos más importantes se van dando con el incremento de los niveles de primaria una vez que se logra tener entre 4 y 6 años de escolaridad y un cambio significativo se produce al haber logrado acceder a la secundaria (7 y + años de escolaridad) (Carleton, 1967; Cochrane, 1979; Tienda, 1984; Welti, 1989) de tal manera que la decisión tomada respecto a operacionalización de la educación según años de escolaridad está sustentada en la revisión de una amplia serie de estudios demográficos en que se aborda esta relación.

2.7.4. Medición de las variables de oferta.

Como se ha descrito, la observación del efecto de la educación sobre la fecundidad utiliza un esquema ordenador en el cual se clasifican las variables que directamente la afectan según se ubiquen del lado de la oferta o la demanda de hijos, o bien estén relacionadas con su regulación.

2.7.4.1. Edad a la primera unión.

Como parte de las variables de oferta se encuentra la edad a la primera unión, ya que el inicio de la unión conyugal define una etapa de exposición al riesgo de concebir en la que se producen la mayoría de los nacimientos y se supone que la educación influye sobre el inicio de la unión conyugal retrasándola y por tanto, a través de ésta actúa sobre la fecundidad. Interesa de manera central estimar las diferencias en la edad a la primera unión según niveles de escolaridad en los dos países analizados.

En virtud de que interesa observar diferencias en la edad de inicio de la unión conyugal, se optó por utilizar la técnica de la tabla de vida para calcular a través de las probabilidades de iniciar la primera unión por edad, un indicador sencillo de interpretar similar a la proporción acumulada de mujeres que ya iniciaron su unión a la edad x , pero que mediante este procedimiento no se ve influenciada por el efecto que tiene la distribución por edad de la población estudiada sobre el cálculo simple de proporciones acumuladas. Es decir, la tabla de vida permite tomar en cuenta el efecto de los denominados estadísticamente “casos censurados” constituidos por las mujeres que por su edad van quedando fuera del conjunto originalmente expuesto a un evento que en este caso es el inicio de la unión conyugal. El efecto de censura se enfrenta a través de lo que estadísticamente se denomina una tabla de vida de seguimiento a través del tiempo y es lo que realiza el programa SPSS en la rutina denominada SURVIVAL, en la que todo un periodo de tiempo en la vida de una mujer es subdividido en periodos anuales que corresponden a edades simples y para la población que alcanza cada edad, se calcula la probabilidad de enfrentar el evento terminal que en este caso es la unión. De estas probabilidades se deriva la probabilidad acumulada de unirse hasta la edad exacta x (El procedimiento de cálculo se detalla en el manual del SPSS correspondiente por lo que el lector interesado puede referirse a este documento: SPSS. Advanced Models 9.0).

2.7.4.2. Edad al primer hijo

Para el análisis de la edad al primer hijo, un primer indicador que se calcula es el de las probabilidades acumuladas de tener el primer hijo. Para observar los patrones de nacimiento del

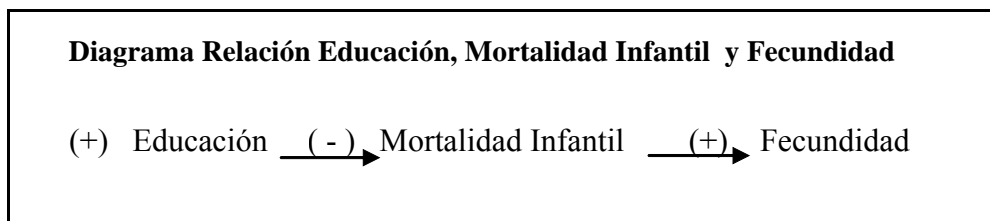
primer hijo se utiliza la tasa de primeros nacimientos por edad, la cual se obtiene mediante la técnica de la tabla de vida descrita anteriormente.

2.7.4.3. Mortalidad infantil

Otra variable que, por el lado de la que conceptualmente se ha denominado oferta, permite analizar el efecto de la educación sobre la fecundidad, es la mortalidad infantil. Esta relación es ciertamente compleja y discutible, pero es posible suponer que enfrentar la pérdida de un hijo hace que una mujer busque reemplazar esta pérdida mediante otro hijo, que se reflejara finalmente en que las mujeres que pierden a sus hijos durante el primer año de vida tendrán un número total de hijos nacidos vivos superior a las mujeres que no sufren esta pérdida y dado que consistentemente se ha encontrado una relación entre educación de la madre y sobrevivencia de los hijos, es posible suponer que la influencia de la escolaridad sobre el número total de hijos puede darse a partir de su efecto en la mortalidad infantil.

Con la información sobre los hijos muertos menores de un año, para las mujeres de cada cohorte-educacional se han generado tasas de mortalidad infantil y probabilidades de sobrevivencia de los hijos y se ha estimado además para cada grupo de mujeres el promedio de hijos sobrevivientes. Además se utiliza la información sobre los hijos nacidos vivos y los hijos sobrevivientes para relacionarla con probabilidades de crecimiento de las familias.

Esquema No. 3



Al analizar la relación entre educación de la madre y mortalidad infantil, hay que tener en cuenta otras variables que representan las actitudes y comportamientos de las mujeres respecto al cuidado de los hijos, tanto en el proceso de gestación como durante la infancia y que impacta su sobrevivencia. Una de ellas es el cuidado médico que tengan las mujeres tanto del embarazo como del parto, por lo que se investiga la existencia de diferencias en este comportamiento según nivel

de escolaridad de la madre a partir de la información disponible sobre el seguimiento médico durante y después del parto.

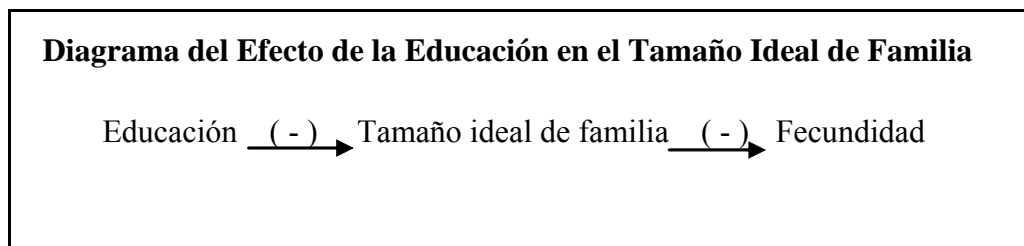
2.7.5. Medición de las variables de demanda

2.7.5.1. Tamaño de familia deseado

En el esquema analítico utilizado en el que interactúan las variables que participan en el proceso que llega a concretarse en determinado número de hijos, por el lado de la demanda, se analiza una variable numérica que representa el número de hijos que desearía tener la mujer durante su vida reproductiva y que está expresada por el número ideal de hijos.

Además de diferencias en el número ideal de hijos según nivel de escolaridad, se analiza el deseo de tener más hijos, la percepción de los cambios en la vida de la mujer relacionados con la maternidad y la valoración que se tenga de los hijos, de tal manera que se indaguen las razones de las mujeres para tener hijos.

Esquema No. 4



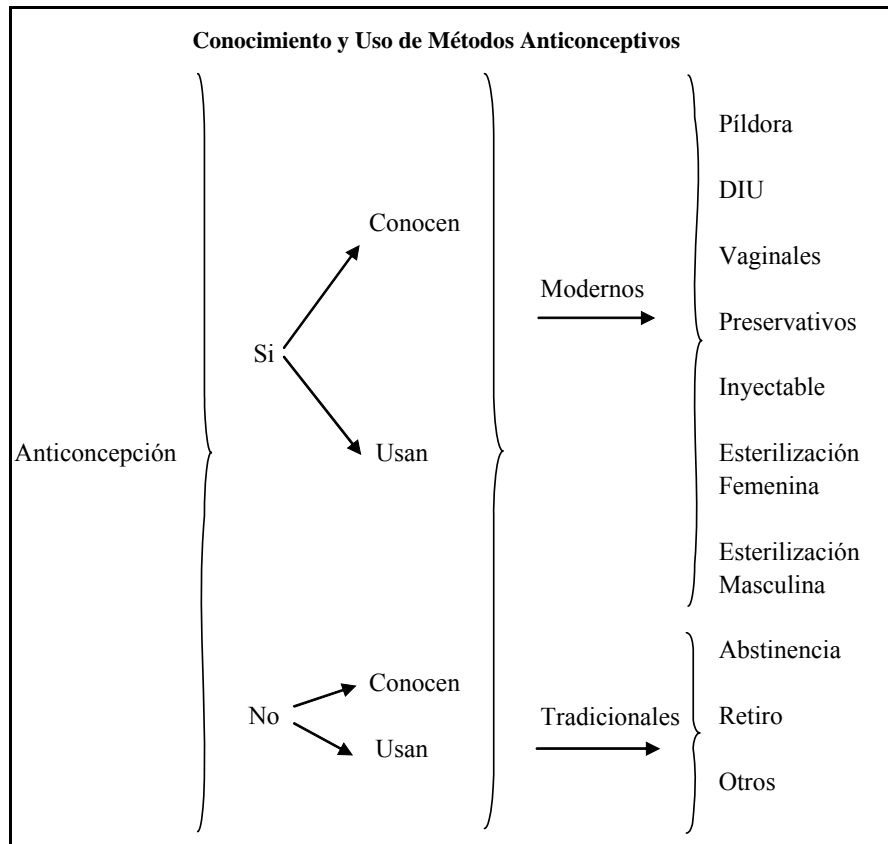
2.7.6. Medición de las variables de regulación

2.7.6.1. Conocimiento y Uso de Métodos de Planificación Familiar

Como se ha mencionado, al equilibrio entre la oferta y demanda de hijos contribuye de manera fundamental la regulación de la fecundidad, por lo que interesa observar el uso de

anticonceptivos según nivel de escolaridad. Operativamente se ha dividido el uso y conocimiento de anticonceptivos teniendo en cuenta el esquema planteado por Davis y Blake, (1957), de tal manera que en el análisis de métodos específicos, se hace referencia a la contracepción por medios químicos y contracepción por medios no químicos y se identifican los llamados métodos modernos o tradicionales.

Esquema No. 5



Además de observar diferencias en términos de porcentajes o proporciones de mujeres que conocen o usan, métodos anticonceptivos modernos y tradicionales en cada grupo o cohorte educacional, interesa conocer la edad de inicio en la práctica anticonceptiva, para lo cual se utiliza la tabla de vida para analizar la edad en la que la mujer usó por primera vez anticonceptivos; ya que como se mencionó en párrafos anteriores esta metodología tiene la ventaja de eliminar los

problemas de truncamiento, asociados a la edad que tienen las mujeres en el momento de la encuesta.

Un aspecto especialmente significativo en el análisis de la fecundidad y que puede explicar las diferencias observable entre las mujeres clasificadas según su nivel de escolaridad, es el nivel de autonomía en la toma de decisiones, por lo que a partir de la información disponible en los cuestionarios de las encuestas que sirven de base a esta investigación se generó una medida del nivel de autonomía y participación en la toma de decisiones, a través de dos índices. El índice de participación en la toma de decisiones. El cual se construye a partir de un conjunto de respuestas a la pregunta “Quién toma las siguientes decisiones en su pareja”: ¿Cuántos hijos tener?; ¿Cómo criar a los hijos?; ¿Qué gastos cotidianos realizar?; ¿A qué familiares o amigos visitar?; y Cuándo tener relaciones sexuales?. El índice tiene un valor numérico que va de 1 a 2, de tal manera que uno representa una situación en la cual es sólo el hombre quien toma las decisiones y dos cuando las decisiones las toma la mujer o las toman ambos.

El índice I_{td} resulta del promedio simple de resultados a las respuestas de cada *item* que forma parte de la pregunta general 6.16 del cuestionario aplicado a la mujer entrevistada, sobre quién toma cada una de las decisiones a las que se ha hecho referencia en el párrafo anterior una vez que han sido recodificados los valores originales, 1 = 1; 2,3 = 2, de tal manera que:

$$I_{td} = \sum \text{de Pr } 6.16_i / n \quad \text{en donde } n = \text{número de } \textit{items} \text{ i aplicables.}$$

Un conjunto de respuestas a la pregunta: “Usted le pide permiso a su marido para”: ¿salir sola?; ¿salir con los hijos?; ¿hacer gastos cotidianos?; ¿visitar amigos?; ¿visitar familiares?; ¿trabajar?; ¿estudiar?; ¿usar anticonceptivos?; sirvió de base para crear el “índice de autonomía”, que puede variar entre cero y uno, de tal manera que conforme el valor se acerca a uno, se tiene mayor autonomía en la toma de decisiones. El índice I_a se obtiene como el promedio simple derivado de las respuestas a cada uno de los *items* que se incluyeron en la pregunta 6.17 del cuestionario individual y cuyos resultados se han recodificado para asumir el valor 1 si la mujer toma sus propias decisiones o 0, si tiene que pedir permiso al marido, así:

$$I_a = \sum \text{de Pr. } 6.17_i / n \quad \text{en donde } n = \text{número de } \textit{items} \text{ i aplicables.}$$

CAPÍTULO 3: SITUACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA Y MÉXICO

3.1. Aspectos relevantes de la educación en Colombia y México.

Uno de los procesos sociales más importantes en la historia reciente de los dos países que se analizan ha sido la transformación en la condición social de las mujeres y un factor que está en su origen es la incorporación de la población femenina a mayores niveles de escolaridad. El incremento en el nivel de escolaridad de esta población, antecede al descenso de la fecundidad que se produce ya muy avanzada la segunda mitad del siglo XX, y acompaña un descenso acelerado, que en forma diferencial se asocia al nivel de escolaridad de las mujeres. Resulta por tanto importante, describir en sus aspectos más significativos la transformación en el perfil educativo de las mujeres colombianas y mexicanas en las décadas recientes, porque este panorama permitirá entender la influencia que tiene la educación en la transformación de los procesos demográficos y en especial el comportamiento reproductivo.

Algunas de las características más significativas de las políticas y programas que han permitido ampliar la cobertura educativa tanto en Colombia como en México, se describen a continuación.

En los inicios del siglo XX Colombia era un país atrasado en materia educativa¹⁵, no obstante que en la Constitución Colombiana de 1886 se estableció que la educación pública debía de ser gratuita, pero no obligatoria.

Varios factores contribuyeron al atraso educativo, uno de ellos la inestabilidad política durante casi todo el siglo XIX así como la situación económica del país. Otro aspecto importante en el desarrollo educativo fue la relación entre la Iglesia y el Estado. Según la tendencia política del gobernante en turno se diseñaban políticas bien de acercamiento o de distanciamiento con la iglesia, lo que repercutía en la educación; un ejemplo de ello es que en 1870, por medio del decreto federal orgánico de la instrucción pública, se ordenó que la educación primaria pública fuese gratuita, obligatoria y laica. (Ramírez, et. al. pp. 4). Pero a partir de la firma del

¹⁵ La tasa de analfabetismo como porcentaje de la población adulta de Colombia se encontraba en 1900 entre las más altas de América Latina con un valor de 66%. (Ramírez y Téllez. 2006, pp, 6).

Concordato en 1887¹⁶, la relación entre la iglesia y el estado es más estrecha, tanto que en 1888, se dicta la Ley 33 mediante la cual se establece que la educación religiosa debe de ser obligatoria en todo el país, además se determina que la educación se divide en tres niveles: primaria, secundaria y profesional.

Al inicio del siglo XX y durante el gobierno del presidente Marroquín, con tendencia conservadora, se aprobó la reforma de la educación colombiana, mediante la ley 39 del 26 de octubre de 1903, en la cual se establece un sistema escolar y universitario, de tal manera que la enseñanza oficial debe de dividirse en primaria, secundaria, profesional, industrial y artística; además la educación pública debe estar regida por los cánones católicos, así mismo se establece que la educación debe de ser gratuita pero no obligatoria, pues la iglesia se oponía a este principio¹⁷.

Otro aspecto importante de esta reforma es la división de las escuelas primarias en urbanas y rurales. En materia administrativa, los departamentos serán los encargados del pago de maestros, así como de la dirección, protección y supervisión de la educación primaria (Ramírez, et. al.2006), los municipios serán los encargados de la infraestructura. La nación, tendrá a cargo la educación secundaria y deberá distribuir textos y útiles en todas las escuelas primarias del país.

En 1913 en el gobierno de Carlos E. Restrepo se dicta la Ley 114 de 1913 a través de la cual se crearon las pensiones y jubilaciones de los maestros de escuela. El gobierno de Restrepo fue apoyado tanto por conservadores como liberales, lo que no lo ligó directamente a la ideología conservadora, pues esta ley mejoró las condiciones salariales de los maestros lo que permitió incrementar el número de maestros y mejorar su calificación.

¹⁶ El concordato es un acuerdo entre el papa y el gobierno colombiano. Mediante este acuerdo la iglesia católica logra el control sobre la educación y sobre la familia. En el artículo 12, del concordato se establece que la educación e instrucción pública en universidades, colegios y escuelas deberá organizarse y dirigirse en conformidad con los dogmas y la moral de la religión católica. Será obligatoria la enseñanza religiosa y la observancia de las correspondientes prácticas piadosas. El artículo 3 otorga a los obispos el derecho a inspeccionar y elegir los textos de religión y moral. Además, el gobierno se compromete a impedir que se propaguen ideas contrarias al dogma católico y al respeto debido a la Iglesia en la enseñanza del resto de las asignaturas. Los artículos 17,18 y 19 hacen referencia al matrimonio católico, de acuerdo con el Concilio de Trento, produce efectos civiles, y las causas matrimoniales que afecten el vínculo matrimonial, la cohabitación de los cónyuges y la validez de los esponsales son de competencia exclusiva de las autoridades eclesiásticas. (González, 1993).

¹⁷ La iglesia se opuso a que la educación primaria fuera obligatoria con el argumento de que la manera libre con que se les permitió organizarse a los establecimientos de educación secundaria en forma privada estaba en desacuerdo con la doctrina católica y que violaba el Concordato.

Uno de los gobernantes más preocupados por la educación fue Alfonso López Pumarejo, durante su gobierno, se da la secularización de la educación, se garantiza la libertad de enseñanza y el estado asume el control de los establecimientos educativos, tanto públicos como privados. Se construye la Ciudad Universitaria y La Universidad Nacional concentra en un espacio todos sus institutos y facultades que se encontraban dispersas. Mediante la ley 2 de 1937, se garantiza a los maestros un salario mínimo mensual, así como ascenso y estabilidad laboral. López Pumarejo tenía una visión más social de la educación, de tal manera que fue uno de los primeros presidentes que se preocupó por aumentar los recursos para la educación y en el año de 1936 se asignó el 8.6 por ciento del presupuesto nacional para la educación.

Durante el Gobierno de Ospina Perez se impulsó la fundación del Instituto Colombiano de Especialización Técnica en el Exterior¹⁸, mediante el Decreto 2586 de 1950¹⁹, cuyo objetivo era el de financiar estudios en el exterior mediante créditos lo que contribuiría a una mejorar la formación de recursos humanos en el país.

Durante el gobierno de Rojas Pinilla (1953-1957) se fortaleció la educación popular práctica y tecnológica, la educación rural con nuevas tecnologías agrícolas y la cultura popular; se creó instituciones que aún hoy hacen parte conforman el sistema de educación del país como son COLCIENCIAS, LA Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuyo objetivo era capacitar a la población para el trabajo; estimuló los programas de las Escuelas Radiofónicas de Sutatenza y la programación de la televisión educativa. Rojas Pinilla creó numerosas escuelas, colegios y universidades.

En 1956, el Ministro de educación Gabriel Betancur, emprende con la asesoría del organismos internacionales la tarea de formular el primer plan integral para la educación en Colombia denominado “I Plan quinquenal Educativo. 1956²⁰”. En el plan se planteaba la necesidad de unificar la escuela primaria que se encontraba dividida en rural y urbana y se estableciera como obligatoria con cinco años de escolaridad, además se recomienda que el

¹⁸ Decreto 3155 de 1968, por medio del cual se reorganiza el Instituto y le da la denominación del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior, nombre que conserva hasta el momento.

¹⁹ DIARIO OFICIAL 27383 Bogotá, viernes 11 de agosto de 1950.

²⁰ En este plan se propugnaba por la unificación de la escuela primaria (todavía dividida en rural y urbana) con cinco años de escolaridad obligatoria. Se recomendó también la división del bachillerato en dos ciclos, uno de tres años orientado hacia las carreras prácticas y técnicas y el otro de carácter preuniversitario y normalista.

bachillerato sea dividido en dos ciclos uno de tres años con énfasis en carreras técnicas y otro preuniversitario y normal.

Con el propósito de mejorar la calidad de la educación, Guillermo Valencia, expide el decreto 1710 de 1963, en el que se fijan los objetivos de la educación primaria y se unifica el plan de estudios para todas las escuelas del país y el decreto 1955 del mismo año por medio del cual se reorganizan los estudios normales. En el decreto 1710, se argumenta que los Planes y Programas de estudio de Educación Primaria, que rigen desde 1950, establecen un triple sistema educativo que es necesario unificar para situar la escuela primaria en un plano de igualdad, tanto en el medio urbano como en el rural; que dichos Planes y Programas deben ser actualizados y reestructurados de acuerdo con el progreso de las ciencias, las necesidades del desarrollo económico y social del país y con los avances de la pedagogía se establece por primera vez los objetivos primordiales de la educación primaria²¹, así mismo, se fijan cinco grados de escolaridad para todas las escuelas del país. A su vez, el decreto 1955, por el cual se reorganiza la educación normalista, acoge los planteamientos centrales del primer plan quinquenal en donde se declaraba que la psicología, especialmente la infantil y aplicada, constituirá una de las materias básicas y más importantes.²²

En 1961, el presidente Alberto Lleras, mediante la Ley 111²³ nacionalizó el gasto en educación dejando la totalidad del costo de la educación primaria pública a la Nación.

En el análisis de la situación de la educación del país que hace el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en 1969 se dice que no existe una política consciente para el conjunto del sistema educativo que sea coordinada con una planificación integral de recursos humanos y con la política de empleo y desarrollo global. El sector educativo se caracteriza por, el aumento del alfabetismo; mayor incremento en la educación secundaria, principalmente orientada hacia el bachillerato clásico; en la educación superior se observa una disminución en las carreras tradicionales y un aumento en las ciencias, físicas y humanas y un alto grado de deserción

²¹ DIARIO OFICIAL NÚMERO 31169 sábado 31 de agosto de 1963 DECRETO NÚMERO 1710 DE 1963 (julio 25).

²² Ministerio de Educación Nacional (MEN). Decretos 1955 y 1710 de 1963. Bogotá MEN.1963.

²³ DIARIO OFICIAL 30587, Miércoles 16 de agosto de 1961 DECRETO NÚMERO 1786 DE 1961 (JULIO 28) por medio del cual se reglamenta la Ley 111 de 1960. El Ministerio de Educación Nacional, toma a su cargo el pago de los sueldos del Magisterio Oficial de la Enseñanza Primaria en todo el territorio de la República, a partir del día 1° de enero del año en curso.

escolar. Por lo tanto se recomienda en cuanto a política educativa programas de capacitación y formación de recursos humanos conforme a las necesidades del país.

Si bien se hicieron esfuerzos para mejorar la educación y ampliar la cobertura de la misma, hasta finales de la década de los sesentas, los indicadores educativos no mostraban avances significativos, de allí que el estado se preocupara por mejorar y ampliar la cobertura educativa del país.

En el plan de Desarrollo Económico y Social: 1970 -1973 se sostiene la posibilidad de realizar una revisión del sistema educativo y con ello responder a los requerimientos de la producción, la ampliación de la formación técnica a nivel secundario, y la utilización de los medios masivos de comunicación.

Hacia los primeros años de la década del 70 se fundan las primeras instituciones bajo el modelo de la tecnología educativa, entonces empiezan a funcionar los institutos nacionales de enseñanza media (INEM), los institutos tecnológicos agropecuarios (ITA) y las Concentraciones de desarrollo Rural (CDR). Las acciones del gobierno estarán encaminadas a poner en marcha una modalidad educativa que vinculan definitivamente a la escuela y la enseñanza al desarrollo económico del país.

En el plan de Desarrollo: 1974-1978, del presidente López Michelsen, denominado "Para cerrar la brecha", se busca la universalización de la educación primaria, aumentar el gasto en educación sobre el total del gasto público y modernizar la educación media diversificándola y promoviendo la educación vocacional. Como su nombre lo indica el plan planteaba cerrar la brecha entre las desigualdades del país entre las que se encontraba la brecha entre las regiones urbanas y rurales, así como entre los ricos y pobres.

Durante la administración López Michelsen se da un nuevo intento de reorganizar el sistema educativo mediante la descentralización administrativa de los planteles y recursos educativos, la nacionalización del gasto en educación primaria y secundaria pública y la modernización del Ministerio de Educación Nacional. Las reformas hacen especial énfasis en el carácter de servicio público de la educación secundaria de tal forma que permitiera un mayor fortalecimiento de la presencia estatal.

En 1975, el presidente López Michelsen promulga la Ley 43²⁴ mediante la cual se nacionaliza la educación primaria y secundaria que oficialmente vienen prestando los departamentos, el Distrito Especial de Bogotá los municipios, las intendencias y comisarías; y se distribuye una participación, se ordenan obras en materia.

La administración López Michelsen da prioridad a la universalización de la educación primaria tanto en las áreas urbanas como en las rurales con ello pretende llevar educación a los sectores más pobres. Esta administración ve la necesidad de mejorar y ampliar la infraestructura educativa, así como la creación de nuevas plazas docentes, pues considera que una de las razones del bajo nivel de escolaridad de la población es la carencia de escuelas y maestros para atender la demanda educativa.

Para atender las necesidades educativas de la población Indígena, en el año de 1978 nace la Ley 088 de 1978²⁵ la cual sería orientada y evaluada por el Ministerio de Educación nacional en colaboración con las comunidades.

El diagnóstico del sector educativo que hace el gobierno del presidente Turbay cambia el enfoque y le da énfasis a la calidad de la educación primaria, y dentro de esta, a la retención de los estudiantes, especialmente en las zonas rurales. La administración Turbay, a finales de la década de los setenta, da los primeros pasos para cambiar la tendencia de centralización del sistema educativo que se había dado desde 1960 al descentralizar el ascenso y la capacitación de los maestros.

El presidente Betancur también da prioridad a la reforma del sector educativo y se enfoca en la descentralización y planificación de la educación. En el plan de desarrollo: Cambio con equidad, se plantea la creación de un Sistema Nacional de Educación que agrupe a todos los organismos dispersos del sector educativo. Uno de los programas importantes de este gobierno fue la alfabetización para adultos a través de la Campaña de Instrucción Nacional (CAMINA).

Con el propósito de tener mayor cobertura educativa durante este gobierno se da énfasis a la expansión del sistema denominado Escuela Nueva, la cual permite ofrecer los 5 grados de primaria con un número mínimo de profesores. Otra de las obras importantes de Betancur fue la

²⁴ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL LEY 43 DE 1975 (Diciembre 11). Por la cual se nacionaliza la educación primaria y secundaria que oficialmente vienen prestando los Departamentos, el Distrito Especial de Bogotá, los Municipios, las Intendencias y Comisarías; se redistribuye una participación, se ordenan obras en materia educativa y se dictan otras disposiciones.

²⁵ DIARIO OFICIAL 35051, Lunes 10 de julio de 1978.

del sistema de Universidad Nacional Abierta y a Distancia para diversificar la oferta de programas que satisfagan necesidades de las diversas regiones colombianas.

Durante la presidencia de Virgilio Barco (1986-1990), se delega a los municipios la construcción de infraestructura educativa y se asigna a los municipios la administración de la educación. En 1988, la Ley 24 reestructura el Ministerio de Educación, esta Ley redefinió las funciones de los Fondos Educativos Regionales y las Juntas del Escalafón y entregó a los departamentos la administración de los Establecimientos de Educación Nacional y las escuelas secundarias que estaban a cargo del Ministerio.

En 1991 siendo presidente César Gaviria Trujillo, se promulga la nueva Constitución Política de la República de Colombia, de 1991²⁶, según el ARTICULO 67 la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social. El estado en el marco de la Constitución a través de la Ley 60 de 1993 refuerza la descentralización de la educación y por medio de la Ley 115 de 1994²⁷ o “Ley General de Educación”, se define los objetivos del sistema educativo. En la ley se establece las modalidades de atención a poblaciones especiales y a grupos étnicos promoviendo su integración al sistema de educación formal, se fortalece la autonomía de las instituciones educativas; crea órganos de participación en todos los niveles, impone al Ministerio de Educación la obligación de elaborar planes decenales, y crea mecanismos de participación en la formulación de políticas para la sociedad civil, como las juntas y los foros educativos; además se establece los principios para la dirección, administración

26 En la Constitución Política de la República de Colombia, de 1991, el ARTICULO 67 dice: La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente.

El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica.

La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos.

Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo.

La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.

27 LEY 115 DE 1994 Diario Oficial No. 41.214, de 8 de febrero de 1994. Por la cual se expide la Ley general de educación

y financiación del sistema educativo, se asigna un mayor rol a los departamentos en la administración de los recursos, transfiere los Fondos Educativos Regionales a los departamentos y crea esquemas para la evaluación de la calidad de la educación.

Según Ramírez, (2006) a partir de 1995 se empieza a consolidar el proceso de descentralización y al finalizar el siglo, la descentralización del sistema educativo presentaba avances considerables a pesar de las deficiencias tanto en la legislación como en su implementación.

Hoy la educación colombiana se encuentra en crisis que ya se vislumbraba desde finales de la década de los 80; autores como Bayona, (1989), realiza un análisis sobre la descentralización y concluye que persiste desde hace más de una década un caos administrativo en la educación pública ya que la administración de la educación está a cargo del Ministerio de Educación, los gobiernos departamentales, los delegados de los FER, los Jefes de Distrito Educativo y los Directores de Núcleo, los vicariatos apostólicos y los alcaldes municipales. De igual manera, Duarte, (2003) señala que el proceso de descentralización de la educación se caracterizó por su desorden e incoherencia ya que algunas normas contradecían o duplicaban las vigentes o buscaban alcanzar con el mismo instrumento muchos objetivos. Por su parte, Vergara y Simpson, (2001) muestran cómo el proceso de descentralización a finales de siglo tiene dificultades para promover la eficiencia y eficacia en la prestación del servicio o para promover la equidad en la asignación de recursos. También pone énfasis en la existencia de un problema de competencias entre los departamentos y municipios en el proceso de toma de decisiones.

Sin duda en los dos países se han dictado leyes encaminadas a ampliar y mejorar la educación, no obstante no se tiene cobertura total en todos los niveles educativos y las reformas no han sido suficientes para tener una educación de primera calidad.

La expansión de la educación que se ha dado en los dos países sin duda favoreció a la mujer, al permitir su acceso y reducir la brecha en la asistencia a la escuela entre hombres y mujeres; no obstante si bien en Colombia como anota, Eichelbaum de Babini, (1995), las mujeres tienen mayor instrucción promedio²⁸ con respecto a los hombres, en el caso de México, éste se encuentra dentro del grupo de países junto con Costa Rica, Venezuela y Brasil, donde los hombres aventajan a las mujeres aunque la desigualdad se fue reduciendo conforme se acercaba el final del siglo XX.

²⁸ Promedio de años de escolaridad, se refiere a la educación promedio femenina como porcentaje de la masculina

La evolución que muestra la expansión de la educación de los dos países ha sido similar en la segunda mitad del siglo XX. Según el estudio realizado por Bustillo (1993), México y Colombia, se inscriben dentro del grupo de países con tasas de analfabetismo de entre 10 y 20 por ciento en 1980, lo que constituye un parámetro importante que diferencia a los países según sus condiciones socioeconómicas y en los cuales la expansión de la educación se da inmediatamente después del proceso de industrialización del periodo de posguerra.

En México, la importancia que conceden los gobiernos a la educación se pone de manifiesto a través del tiempo en las políticas y programas específicos que en esta materia se pusieron en funcionamiento y en las asignaciones presupuestales que se dedican a este sector, sin que constituyan una respuesta a las demandas de una población creciente, mantuvieron una tendencia que permitió en el pasado atender a la educación básica y ofrecer a mayores proporciones de la población la oportunidad de asistir a la escuela, construyendo instalaciones educativas en zonas urbanas y rurales a través de programas dedicados a la ampliación de la infraestructura física como es el caso por ejemplo, del Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas (CAPFCE).

Después de la revolución mexicana, son numerosos los actores que impulsaron políticas tendientes a mejorar el nivel educativo de la población y sin duda entre los más destacados se encuentra José Vasconcelos, quien impulsó las denominadas Misiones Culturales a través de las cuales se buscó que la educación llegara a los sectores campesinos y promovió la creación de las Escuelas Normales.

La consolidación de un programa de gobierno que atendiera las necesidades educativas de la población enfrenta un proyecto modernizador de la sociedad con las fuerzas más reaccionarias, de tal manera que durante el gobierno de Calles el enfrentamiento de la iglesia con el gobierno, se ve reflejado en el ámbito educativo ya que mientras éste promueve la educación pública laica y se limita la educación confesional que se imparte en las escuelas privadas, la iglesia y los grupos que sienten afectados sus intereses se oponen a que se deje de impartir la religión católica en las escuelas. Es interesante destacar que al principio de los años 30 y siendo secretario de educación Narciso Bassols se trata de implementar un curso de educación sexual como parte de los contenidos de la educación básica, idea que no prosperó ante la oposición de los grupos que estaban en contra de la educación laica y culminó con la renuncia de Bassols (Torres Septién, 1997).

Durante el cardenismo se promueve la idea de una educación socialista y así queda establecido en el artículo tercero²⁹ de la Constitución. En este periodo se sientan las bases de la industrialización del país y por lo tanto, se hace énfasis en promover un tipo de educación que responda a las nuevas condiciones socioeconómicas y se impulsa una educación para el campo a través de la escuela rural y una educación técnica que culminará con la fundación del Instituto Politécnico Nacional, institución que se crea para preparar a los técnicos que requiere la industria nacional.

Posteriormente, durante el gobierno de Avila Camacho (1940-1946) nace el Consejo Nacional Técnico de la Educación, la Escuela Normal Superior, la Escuela Nacional de Bibliotecarios, El Colegio Nacional, el Instituto Tecnológico de México, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, se reestablecen la Misiones Culturales y se reestructura el Instituto Politécnico Nacional.

Durante los gobiernos que siguen, el de Miguel Alemán, Adolfo Ruiz Cortines y Adolfo López Mateos se da un avance en la educación del país, al considerarla una prioridad nacional. Pero los mayores logros se producen en el gobierno del presidente López Mateos, el cual le dio prioridad al mejoramiento de la infraestructura escolar y a la ampliación del número de plazas de profesor. Otro aspecto fundamental durante este periodo fue la creación de la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos declarándose como obligatorios para la enseñanza primaria (Lagunes, s.f). Además, durante su gobierno se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que entre otras acciones incluye el Programa de Desayunos Escolares que permitió atender a la población infantil más vulnerable y que sin duda impactó el rendimiento de los escolares en las escuelas públicas del país, al ofrecerles el alimento matutino que en sus casas no recibían.

A principios de los años setentas queda puntualmente establecido que la educación impartida por el estado es gratuita y que toda la población tiene derecho al acceso sin ninguna discriminación. Así, en el año de 1973 se crea la Ley Federal de Educación que sustituye a la Ley Orgánica de la Educación Pública (1941); se buscaba con esta iniciativa modernizar la

29 El artículo 3º, contenía un apartado que decía: “La educación será socialista y contribuirá a formar en la conciencia un concepto exacto y racional del universo y de la vida social. En la Constitución de 1824, no había referencia a la educación y el artículo 3º establecía que: “la religión de la nación mexicana es y será perpetuamente, la Católica Apostólica y Romana”. Es la Constitución de 1917 la que ya hace referencia puntual a la educación en el artículo 3º. Torres Septién, Valentina (1997). LA EDUCACIÓN PRIVADA EN MÉXICO (1903-1976) .México: El Colegio de México, Universidad Iberoamericana.

enseñanza y promover la flexibilidad de la educación. Durante esta década se amplía la red universitaria, se crea el Colegio de Ciencias y Humanidades en la UNAM y se crea la Universidad Autónoma Metropolitana y el Colegio de Bachilleres. Un aspecto importante de esta década fue la necesidad de vincular a la educación con las necesidades del mercado laboral y para tal propósito se crea en 1979 el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), con la intención de ampliar la oferta educativa de una población que había nacido unos años antes, precisamente en la época en que se observaron las mayores tasas de crecimiento demográfico.

También, a mediados de la década del 70 se convierte en una prioridad abatir el rezago en la educación de adultos y por lo tanto surge el Sistema Nacional de Educación para Adultos (SNEA). Así mismo se crea en 1978 la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) y el Consejo Nacional Consultivo de Educación Normal.

A partir de la expedición de la Ley Federal de Educación los gobiernos en turno delinearon políticas a través de objetivos planteados en los planes de desarrollo encaminados a la expansión de la educación en México. En el sexenio de 1982 a 1988 (Gobierno de José López Portillo) la educación fue considerada como un factor importante para el desarrollo de la sociedad mexicana y a través del Programa Nacional de Educación, Cultura, Recreación y Deporte, se trazan los lineamientos encaminados a ampliar el acceso a la educación de la población mexicana; y se planteó como objetivos a desarrollar en el periodo sexenal:

- a) Elevar la calidad de la educación en todos los niveles, a partir de la formación integral de los docentes.
- b) Racionalizar el uso de los recursos disponibles y ampliar el acceso de los mexicanos a la educación, con atención prioritaria a las zonas y grupos más desfavorecidos.
- c) Vincular la educación y la investigación científica y tecnológica con las necesidades del país.
- d) Regionalizar y descentralizar la educación básica y normal.
- e) Mejorar y ampliar los servicios en las áreas de educación física, deporte y recreación.
- f) Hacer de la educación un proceso permanente y socialmente participativo.

No obstante algunos de los objetivos no se cumplieron y por el contrario, durante este período se dio un retroceso educativo ya que la crisis económica obligó a la población en edad de asistir a la escuela a suspender sus estudios para ayudar a sus familias.

En el sexenio de Carlos Salinas de Gortari se puso énfasis en abatir el rezago educativo y con la colaboración del Banco Mundial se financian los proyectos denominados: Programa para abatir el Rezago Educativo (PARE) y Programa para Abatir el Rezago Educativo en Educación Básica (PAREB). Otro programa durante este periodo fue el de Escuela digna y Niños en solidaridad. En 1992 se firmó el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB), y la transferencia de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal del control federal a los estados.

En el periodo del presidente Zedillo se realiza el Programa para la Modernización Educativa cuyo principal objetivo es mejorar la calidad del sistema, mediante la descentralización de la educación. Descentralización que por cierto, se ha promovido también en Colombia con resultados desastrosos para algunas regiones, al transferir a los municipios la responsabilidad de hacerse cargo de los gastos educativos sin contar con que algunos municipios no tienen los recursos para asumir su costo e incluso para pagar a los docentes, lo que ha hecho que en algunos de éstos se declare “emergencia educativa”.

Varios son los indicadores que reflejan esos cambios en la educación de la población en los dos países y específicamente en la educación de las mujeres. Por un lado se encuentra el analfabetismo, que hace referencia al porcentaje de personas que no sabe leer ni escribir; la cobertura educativa, la matrícula escolar y el nivel de escolaridad, medido en términos del número de años que hombres y mujeres que cursaron en la escuela.

3.2. Panorama de la educación en Colombia y México

3.2.1. Analfabetismo

Una primera característica de los cambios en la escolaridad en los países analizados es el abatimiento del analfabetismo.

El analfabetismo en Colombia ha disminuido, según se constata con datos de los censos de 1964; 1973, 1985 y 1993. Esta disminución se dio tanto en hombres como en mujeres; si bien,

la información que genera el sistema estadístico no permite realizar una comparación adecuada en el tiempo ya que en los censos se modifica la población base que sirve para calcular los porcentajes de población alfabeto o analfabeto³⁰, es claro que se producen cambios importantes en el porcentaje de población que no sabe leer ni escribir.

Entre 1964 y 1973 se dio una reducción de 8.7 puntos, al pasar de 27.1 a 18.4 el número de analfabetos de 15 años y más se redujo considerablemente. El analfabetismo fue especialmente elevado en la zona rural; no obstante también se redujo entre 1973 a 1985, pasando de 32.6 a 22.8 por ciento.

Entre 1985 a 1993 el analfabetismo³¹ en todo el país se redujo en 2.9 puntos adicionales llegando a ser de sólo el 9.4 por ciento; en la zona rural el descenso fue de 2.7 puntos y en la zona urbana de 1.4 puntos. Según datos del censo de 1993, el analfabetismo en las ciudades y en las localidades rurales era de 5.7 y 20.3 por ciento respectivamente.

Cuadro No. 3.1

COLOMBIA: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA POR SEXO, 1964-1993

AÑO	MUJERES	HOMBRES	AMBOS SEXOS
1964*	28.9	25.2	27.1
1973*	19.4	17.4	18.4
1985**	12.7	11.9	12.3
1993*	9.4	9.4	9.4

* Se considera la población de 15 años y más

** Se considera la población de 12 años y más

Fuente: DANE, Censos Nacionales de población de 1964, 1973, 1985 y 1993

³⁰ En los censos de 1964 y 1973 la población sujeta al estudio del analfabetismo, fue la población mayor de 15 años y más; es a partir de 1985, cuando se realiza un cambio metodológico y se mide el analfabetismo a partir de los 12 años de edad.

³¹ Población de 12 años y más.

Cuadro No. 3.2

**COLOMBIA: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA
POR SEXO, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA
1964-1993**

AÑO	MUJERES	HOMBRES
	Total país	
1964*	28.9	25.2
1973*	19.4	17.4
1985**	12.0	11.5
1993**	9.9	9.8
	Cabecera	
1964*	17.4	11.9
1973*	12.0	8.6
1985**	7.8	6.2
1993**	6.7	4.9
	Resto	
1964*	44.4	38.4
1973*	34.8	30.6
1985**	23.2	22.2
1993**	21.4	19.2

* Se considera la población de 15 años y más

** Se considera la población de 12 años y más

Fuente: DANE, Censos Nacionales de población de 1964, 1973, 1985 y 1993

La tasa de alfabetización muestra una mejora permanente, siendo la población femenina la que registra mayores adelantos. Un hecho que vale la pena destacar es que el analfabetismo es mayor entre la población que vive en áreas rurales³² y si bien se ha dado una evolución favorable en estas localidades, aún está presente en 1993 en el 21 por ciento de la población femenina y 19.2 por ciento de la población masculina.

Por otra parte, en el caso de México, la eliminación del analfabetismo ha sido históricamente una de las metas de su sistema educativo y sin duda se han producido logros

32 El concepto de área rural hace referencia a la población que no vive en la cabecera municipal, que es la capital del municipio; de tal manera que la población según su lugar de residencia se divide en la que vive en la cabecera municipal y la que vive en el resto del municipio. Sin duda este es un concepto cuestionable desde el punto de vista sociodemográfico, pero para efectos prácticos y por disponibilidad de la información se conserva esta división.

importantes en esta materia. Sin embargo, en una fecha tan reciente como 1970, una cuarta parte de los mexicanos de 15 años y más de edad eran analfabetas (25.8%); de este total el analfabetismo se concentraba principalmente en las mujeres pues cerca del 30 por ciento no sabían leer ni escribir. En años recientes el descenso ha sido considerable, pues de acuerdo con la información del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, sólo el 12.4 por ciento de las personas de 15 años y más no sabían leer ni escribir. Sin embargo, el porcentaje de mujeres analfabetas seguía siendo mayor que el de los hombres; así: el 15.0 por ciento de mujeres de 15 años y más no sabían leer ni escribir, en contraste con el 9.6 por ciento de hombres. Al finalizar el siglo, es decir, en el año 2000 se reporta que 9.5 por ciento de la población de 15 años y más no sabe leer ni escribir, y que la diferencia entre hombres y mujeres persiste aunque se reduce significativamente.

Cuadro No. 3.3
MÉXICO: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA
POR SEXO. 1970-2000

AÑO	MUJERES	HOMBRES	AMBOS SEXOS
1970	29.7	21.8	25.8
1990	15.0	9.6	12.4
2000	11.5	7.5	9.5

Nota: Corresponde a la población de 15 años y más

Fuente: INEGI, Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1970,1990 y 2000

Otro aspecto importante de esta evolución lo constituyen las diferencias generacionales, ya que como puede suponerse y como reflejo de las propias condiciones de la sociedad en el pasado, el analfabetismo se da más entre la población de mayor edad que entre los jóvenes, de tal manera que entre las generaciones jóvenes el analfabetismo es una condición que casi desaparece. En 1970, el 15 por ciento de los jóvenes de 15 a 19 años eran analfabetas, mientras que en el año 2000 este porcentaje es tan sólo del 3.0.

Además, el analfabetismo se concentra entre los grupos de población más vulnerables, entre los cuales se encuentran los indígenas. En México en 1990 uno de cada cuatro analfabetas del país eran indígenas aunque la población de este grupo con respecto al total no llega a ser del diez por ciento. Las diferencias entre hombres y mujeres indígenas son aún muy

marcadas; pues casi la mitad de las mujeres indígenas no saben leer ni escribir. Son múltiples las razones por las cuales este grupo de población presenta niveles de escolaridad tan bajos, pero sin duda la marginación y la pobreza son el común denominador entre las condiciones que impiden que una persona aprenda a leer y escribir, lo que se agrava por las limitaciones en el acceso a los servicios educativos.

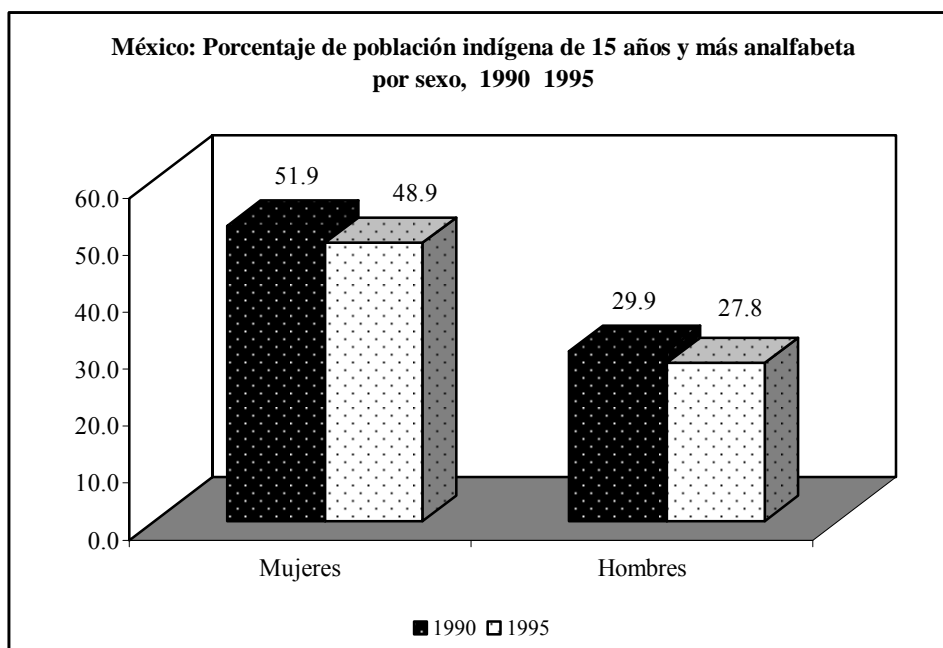
Cuadro No. 3. 4

MÉXICO: TASAS DE ANALFABETISMO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 1970-2000

PERIODO	MUJERES	HOMBRES	AMBOS SEXOS
15-19 años			
1970	16.1	13.9	15.0
1990	4.1	3.7	3.9
1995	4.0	3.9	3.9
1997	3.0	3.1	3.0
2000	3.0	2.9	3.0
20-24 años			
1970	20.5	15.3	18
1990	6.2	4.4	5.4
1995	4.6	3.7	4.2
1997	3.9	3.2	3.6
25-29 años			
1970	25.9	18.4	22.3
1990	8.8	5.6	7.3
1995	6.3	4.4	5.4
1997	5.3	3.7	4.5
30-34 años			
1970	27.7	19.7	23.8
1990	10.5	6.3	8.5
1995	8.3	5.3	6.9
1997	7.8	4.4	6.2
35-39 años			
1970	32.9	22.6	27.8
1990	15.2	8.7	12.1
1995	11.2	6.7	9
1997	10.9	5.7	8.4
40 y más años			
1970	43.3	31.2	37.3
1990	30.1	19.0	24.8
1995	25.7	16.4	21.2
1997	26.1	15.9	21.3
2000	23.0	14.1	18.8

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1970, 1990 y 2000
 Censo de Población y Vivienda, 1995 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

Gráfica No. 3.1



Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990 y Conteo Nacional de Población y Vivienda. 1995.

La situación descrita en los dos países, permite estimar que si bien el analfabetismo ha disminuido, aún persiste sobre todo en zonas rurales y en especial entre las mujeres.

Sin duda las acciones realizadas en los dos países para eliminar el analfabetismo contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las mujeres; sin embargo, es necesario hacer referencia a posiciones que critican el contenido y los alcances de los programas de alfabetización que se han implementado en América Latina ya que se considera que éstos refuerzan la visión tradicional del papel de la mujer en la sociedad, al dar prioridad a la alfabetización de la población masculina como condición indispensable para fomentar su participación en la actividad económica (Bonder, 1994), de allí la necesidad de adecuarlos a las exigencias de la sociedad moderna. Si esto es así, se puede suponer que no es suficiente con abatir el analfabetismo para modificar el comportamiento reproductivo entre las mujeres de la región y hay necesidad de transformar el contenido de estos programas y aspirar a incrementar significativamente el nivel de escolaridad de la población, más allá del abatimiento del analfabetismo.

3.2.2. Años promedio de escolaridad de la población

La escolaridad de la población medida a través del promedio de años completados en el sistema formal de educación nos da una clara idea del avance que ha tenido la población de los dos países en materia educativa.

Aunque en general las mediciones que se hacen en los sistemas estadísticos nacionales toman como base la población desde la infancia o la adolescencia, ya sea desde los cinco o los doce años, el promedio de educación de la población de mayor edad a mi juicio, da una mejor idea del nivel de escolaridad de la población ya que a mayor edad los avances se consolidan, lo que quiere decir que una mayor proporción de la población logra el nivel máximo de educación que alcanzará a lo largo de su vida. En el caso de Colombia, los datos disponibles se refieren a la población de 25 o más años de edad y muestran una ganancia importante en los años de escolaridad alcanzados por la población colombiana.

Como se puede ver en el cuadro 3.5, a finales del siglo XX, la población de 25 o más años de edad, tenía un promedio de educación de 6.5 años, lo que equivale a haber ingresado al bachillerato y avanzado en este nivel (en México significaría haber ingresado a la secundaria). Las cifras de este cuadro muestran el gran diferencial entre la población urbana y la población rural, y su evolución a través del tiempo.

Por el tema objeto de este análisis, resulta interesante hacer referencia a la situación educacional en el año 1964, en que se lleva a cabo la primera encuesta de fecundidad en Colombia en la capital del país, Bogotá. En aquel momento, la población en las áreas urbanas apenas alcanzaba a completar los tres primeros años de educación básica y en las localidades rurales la situación era aún peor. No obstante, se producen incrementos en el nivel de escolaridad especialmente en las localidades urbanas, este avance hace que el rezago en el medio rural sea más evidente y el promedio alcanzado en 1997 por la población rural es similar al que tenía el país casi un cuarto de siglo antes (en 1973).

Cuadro No. 3.5

**COLOMBIA: AÑOS PROMEDIO DE ESCOLARIDAD ALCANZADOS POR LA POBLACIÓN
DE 25 AÑOS Y MÁS, TOTAL Y ZONA DE RESIDENCIA, 1964 -1997**

ZONA	AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN				
	1964	1973	1985	1993	1997
Urbana	3,1	4,2	5,7	6,9	7,6
Rural	1,6	1,8	2,5	3,1	3,3
Total	2,4	3,3	4,6	5,9	6,5

FUENTE: DANE, basándose en datos de los censos de población y la Encuesta de condiciones de vida, 1997

El promedio de años de escolaridad de la población colombiana refleja el hecho de que la gran mayoría sólo alcanza a ingresar a la secundaria y un porcentaje muy reducido de la población logra alcanzar el nivel superior. Sin duda, el analfabetismo tiende a desaparecer, pues un porcentaje menor al diez por ciento de la población declaró no haber asistido a la escuela. En los niveles de educación secundaria y superior se ha dado un incremento importante en las décadas recientes; sin embargo es preocupante el aumento en la secundaria incompleta, ya que ello implica que los jóvenes están abandonando la escuela antes de haber completado este nivel, requisito indispensable para ingresar a la educación superior.

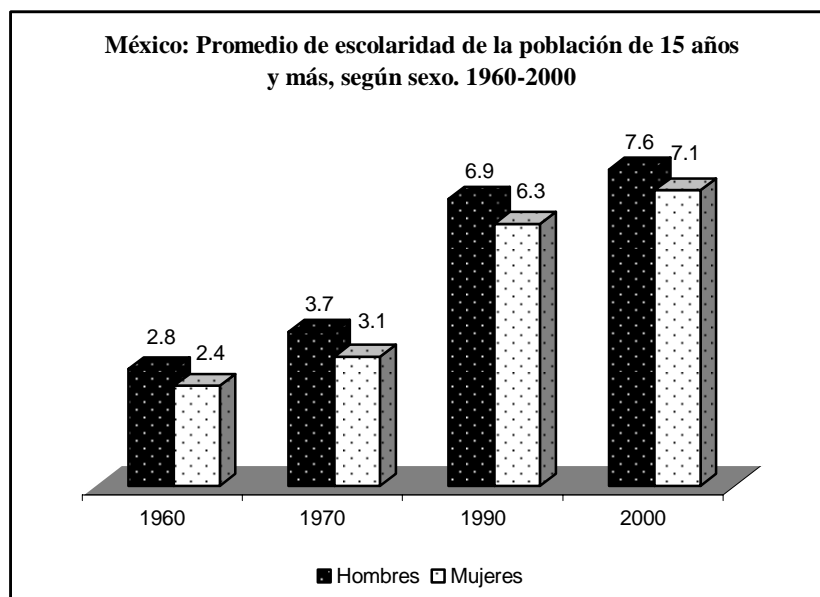
Por lo que hace a México, el nivel educativo de la población mexicana de 15 años y más se ha transformado significativamente en las últimas décadas del siglo XX. Al tomar como referencia el año 1960, época en la cual la población del país alcanzó las más elevadas tasas de natalidad, un cuarenta por ciento no había asistido a la escuela y sólo el tres por ciento contaba con educación media superior o superior. Para el año 2000 la población sin instrucción se redujo drásticamente hasta llegar a un diez por ciento y casi el 28 por ciento contaba con educación media superior y superior.

El promedio de años de educación de la población mexicana de 15 años y más se incrementó más del doble en los últimos 40 años; pasó de 2.6 años en 1960 a 7.3 en el 2000; es decir, se produjo un cambio que significó pasar de una situación en la cual, de apenas avanzar en la escuela primaria sin llegar a completar el tercer año, se llega a un nivel que muestra la incorporación a la educación secundaria. Como era de esperar, son evidentes las diferencias según sexo, aunque no de la magnitud de las observadas en Colombia, pero a través del tiempo

se mantienen con una desventaja para la población femenina. Como es evidente, se sigue presentando una diferencia en este indicador entre hombres y mujeres, pero se ha logrado avances muy similares en el promedio de escolaridad para ambos sexos.

Por otra parte, el cambio en el promedio de escolaridad ha sido diferencial según el lugar de residencia de la población; así mientras en 1960 se tenía un promedio de alrededor de 2 años de escolaridad en las localidades menores a 2500 habitantes, para el año 2000 se tienen 4.8 años de escolaridad, lo que significa que en este sector de la población si bien se ha avanzado, no se logrado que concluya cuando menos el nivel de primaria; contrario a lo que sucede en las áreas mayores de 100,000 habitantes en las cuales en el año 2000 se ha alcanzado un promedio 9.1 años de escolaridad.

Gráfica No. 3.2



Fuente: INEGI, VIII y IX Censos Generales de Población 1960-1970, y X, XI y XII Censos Generales de Población y Vivienda, 1980 a 2000.

Después de la descripción del panorama educativo en Colombia y México a través de los indicadores utilizados, es posible tener un acercamiento más detallado a la situación, que permita observar específicamente las formas que asume la incorporación de la población femenina a mayores niveles de escolaridad, porque se supone que esto permitirá entender los cambios

sociales que han transformado la condición de las mujeres e impactado entre otras cosas, su fecundidad.

En los apartados que siguen se hará referencia a la evolución de la matrícula escolar en los diferentes niveles educativos, poniendo especial énfasis en su evolución por sexo.

3.2.3. Educación primaria

Desde los años ochenta, Colombia tenía un nivel satisfactorio de cobertura³³ en educación primaria, las tasas brutas y netas de escolarización muestran a lo largo de dos décadas un aumento sustantivo. Las tendencias observadas permiten estimar que el acceso a este nivel en la década de los noventa cubre ya a gran parte de la población demandante de educación primaria, aunque como puede verse en el caso de las tasas netas de escolarización apenas superan el 80 por ciento.

Cuadro No. 3.6
COLOMBIA: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ESCOLARIZACIÓN
DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA POR SEXO, 1975-1995

AÑO	TASAS BRUTAS			TASAS NETAS
	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Ambos sexos
1975	114.0	109.0	111.0	nd
1980	120.0	117.0	118.0	nd
1985	109.0	105.0	107.0	69.0
1987	107.0	105.0	106.0	68.0
1988	107.0	105.0	106.0	68.0
1989	108.0	106.0	107.0	69.0
1990	nd	nd	99.8	nd
1993	nd	nd	99.4	75.2
1995	nd	nd	113.1	83.1

Fuente: UNESCO, Anuario Estadístico 1991 y UNESCO- OREALC, 2001

33 La cobertura educativa se mide por la relación entre la matrícula escolar y la población objetivo, es decir la que está en edad de asistir y se usan indicadores como la tasa de cobertura bruta; tasa de cobertura neta y la tasa de asistencia escolar. La tasa de cobertura bruta relaciona la matrícula total independientemente de la edad del alumno de un nivel determinado con su población objetivo, por ejemplo, los escolares en primaria, que pueden ser incluso adultos, constituyen el numerador de la tasa, mientras que el denominador es el total de la población de 6 a 14 años de edad; por esta razón las tasas pueden tener valores significativamente superiores a 100; en tanto que la tasa neta excluye de la matrícula a quienes tienen una edad diferente a la que se considera que deben tener los alumnos de determinado nivel. Las tasas de cobertura son indicadores que miden la capacidad del sistema educativo de integrar a la población a determinado nivel educativo.

Por otro lado, en números absolutos la matrícula en educación primaria continua en ascenso; este aumento se debe a la ampliación de la cobertura para responder a la demanda que originó el crecimiento demográfico como efecto de la elevada fecundidad de finales de los sesenta y principios de los años setenta, lo que dio como resultado un mayor número de niños en edad escolar. Ahora bien, entre 1985 y 1995, la matrícula nacional de primaria pasó de 4 a 5.1 millones de alumnos creciendo a una tasa anual (2.1%) superior a la de la población en edad de incorporarse a este nivel que fue del 1.4 por ciento.

En las década de los años sesentas y setenta se daba una menor participación de las niñas en la educación primaria; sin embargo, esta situación se ha ido modificando paulatinamente hasta llegar a una situación en la cual, la matrícula femenina es prácticamente igual a la masculina. Entre 1985 y 1997, la matrícula femenina pasó de 1.9 a 2.5 millones y la masculina de 2 a 2.6 millones. Para el total nacional, la distribución de la matrícula de primaria tiende a mantenerse en una proporción de hombres ligeramente superior a la de mujeres.

Un hecho importante es que en los años más recientes, el crecimiento de la matrícula femenina fue ligeramente superior a la masculina.

Como parece claro, no se ha logrado aún que toda la población entre 5 y 17 años esté estudiando; sin embargo, los esfuerzos para alcanzar una cobertura universal han sido enormes y esto sin duda ha impactado el comportamiento individual al acercar a la población los conocimientos básicos sobre su realidad, con lo que gran variedad de comportamientos se transforman.

Cuadro No. 3.7

COLOMBIA: EVOLUCIÓN DE LA MATRÍCULA DE EDUCACIÓN PRIMARIA POR SEXO, 1985-1997

SEXO	1985	1997	1985	1997	CREC. ANUAL 1985-1997
Hombres	50.2	50.8	2.009.756	2.600.063	2.2
Mujeres	49.8	49.2	1.990.511	2.516.960	2.0

Fuente: Estimaciones de la UDS y la Misión Social del DNP con base en datos ajustados de los censos de población de 1985-1993 y las Encuestas de Hogares y Calidad de Vida de 1997. Boletín n°19 del Departamento Nacional de Planeación.

En México la cobertura en el nivel de primaria es casi universal, tanto para el total de la población en edad de cursar la educación primaria como para hombres y mujeres como se puede observar en la evolución de la tasas de escolarización. Además, desde 1989 la tasa neta de escolarización ha llegado a ser del 100 por ciento, lo que significa que en este nivel educativo se cubren las necesidades del total de la población demandante.

Cuadro No. 3.8

**MÉXICO: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ESCOLARIZACIÓN
DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA, POR SEXO. 1975-1995**
(Tasas por cien)

AÑO	TASAS BRUTAS			TASAS NETAS
	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Ambos sexos
1975	102.0	108.0	105.0	nd
1980	115.0	116.0	115.0	nd
1985	116.2	118.9	117.6	99.6
1988	113.4	116.4	114.9	97.7
1989	112.3	116.1	114.2	100.1
1990	112.4	115.3	113.9	100.3
1991	112.6	115.5	114.0	100.9
1995	113.2	116.2	114.7	101.4

Fuente: UNESCO, Anuarios Estadísticos años correspondientes.

Nota: Las tasas netas son superiores a 100 porque el registro supera a la población que se estima demandaría servicios educativos.

En el pasado, las diferencias en la matrícula por sexo eran importantes, no obstante cada vez son menores, aunque todavía la matrícula femenina es ligeramente menor que la masculina. Según datos de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en 1996, 51.5 de la población matriculada en educación primaria eran hombres; en tanto que las mujeres representaban el 48.5 por ciento.

Cuadro No. 3.9

**MÉXICO: EVOLUCIÓN DE LA MATRÍCULA DE EDUCACIÓN
PRIMARIA, POR SEXO. 1976-1996**

AÑO	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
1976	5867591	48.3	6280630	51.7	12148221	100.0
1977	6066497	48.3	6493538	51.7	12560035	100.0
1981	7235679	48.3	7745023	51.7	14980702	100.0
1983	7426677	48.3	7949466	51.7	15376143	100.0
1984	7350895	48.3	7868350	51.7	15219245	100.0
1985	7304969	48.3	7819191	51.7	15124160	100.0
1986	7242412	48.3	7752230	51.7	14994642	100.0
1987	7132948	48.3	7635060	51.7	14768008	100.0
1988	7079020	48.3	7577337	51.7	14656357	100.0
1989	7000488	48.3	7493275	51.7	14493763	100.0
1990	6988808	48.5	7412780	51.5	14401588	100.0
1993	6997719	48.4	7471731	51.6	14469450	100.0
1996	7102544	48.5	7547977	51.5	14650521	100.0

Fuente: Secretaría de Educación Pública, Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional, años correspondientes

3.2.4. Educación secundaria y bachillerato.

Además de los esfuerzos para lograr que la educación primaria tenga un carácter universal, los gobiernos en los dos países analizados han puesto especial énfasis en lograr lo mismo con la educación secundaria, pues se considera que una de las formas de salir del subdesarrollo es invertir en la calificación de mano de obra que cada país necesita. En ese sentido, la educación secundaria al ser vista como una condición mínima indispensable para vincular al individuo con el mercado laboral, se ha convertido en una prioridad hasta hacerla obligatoria.

Debe recordarse que en Colombia se considera a la educación secundaria como una etapa que consta de seis años, mientras que en el caso de México después de la educación primaria se cursan tres años que corresponden a la educación secundaria en sentido estricto, y su conclusión permite pasar al siguiente nivel que es el bachillerato, que consta de otros tres años o bien, concluida la educación secundaria el estudiante puede incorporarse a estudios técnicos de nivel medio, o hasta hace unos años se podía ingresar a la educación normalista para optar por la carrera docente. Esta es la razón de que en un sólo apartado se haga referencia a la educación secundaria y al bachillerato.

En los últimos treinta años, la matrícula total en el nivel de secundaria en Colombia ha aumentado considerablemente. En años recientes, entre 1985 a 1997, la matrícula nacional de secundaria pasó de 2.3 millones a 4 millones de alumnos. La matrícula de mujeres pasó de 1.2 a 2.1 millones y la de los hombres de 1.1 a 1.9 millones. A diferencia de lo que ha sucedido en la educación primaria, en el total nacional, la distribución de la matrícula de secundaria por sexos tendió a mantenerse, con un ligero predominio de la matrícula femenina, lo que resulta especialmente significativo porque muestra que, en la actualidad, conforme se logran mayores niveles de escolaridad las mujeres muestran una presencia creciente en las instituciones educativas, hasta llegar a constituir la mayoría de la matrícula en las instituciones de educación superior como se verá en el apartado que sigue.

Cuadro No. 3.10

COLOMBIA: MATRÍCULA EN SECUNDARIA POR SEXO, 1985-1997

SEXO	1985	1997	1985	1997	CREC.ANUAL 1985-1997
Hombres	47.24	47.21	1.111.685	1.918.371	4.55
Mujeres	52.76	52.79	1.241.714	2.145.250	4.56

Fuente: Estimaciones de la UDS y la Misión Social del DNP con base en datos ajustados de los censos de población de 1985-1993 y las Encuestas de Hogares y Calidad de Vida de 1997. Boletín n°19 del Departamento Nacional de Planeación.

En México, como ya se mencionó, para hacer comparaciones con Colombia, se ha considerado en la matrícula del segundo nivel de educación formal además de la secundaria propiamente dicha, el bachillerato, la educación profesional media y lo que se denominaba hasta hace algunos años enseñanza normal primaria. Como se puede ver en el cuadro 3.11 la matrícula se ha incrementado significativamente en todos los tipos y niveles de educación con excepción de la educación normal que ha disminuido. Entre 1980 y 1995, la matrícula en secundaria ha crecido en poco más de un cincuenta por ciento al pasar de 3 a 4.7 millones de alumnos, pero el crecimiento porcentual más importante se observa en la educación técnica y en el bachillerato, ya que en el primer caso se triplica la matrícula y en el segundo caso se duplica. El crecimiento de la educación en este nivel se explica por la ampliación de la oferta educativa y uno de sus ejemplos más claros es la creación en 1979 del Colegio Nacional de Educación Profesional

Técnica (CONALEP), sistema con cobertura nacional, que ha significado una opción para cientos de miles de jóvenes mexicanos, que de otra manera en una gran proporción no continuarían sus estudios hacia niveles de educación superior. Mediante esta opción tienen mayores probabilidades de concluir una carrera profesional de nivel medio e incorporarse al trabajo.

Cuadro No. 3.11

**MÉXICO: MATRÍCULA EN EDUCACIÓN SECUNDARIA, PROFESIONAL
TECNICO, BACHILLERATO Y NORMAL BÁSICA, 1980-1995**

NIVEL EDUCATIVO	1980	1985	1990	1995
Secundaria	3,033,856 68.6	4,179,466 68.1	4,190,190 66.6	4,687,335 65.8
Profesional				
Técnico	122,391 2.8	359,130 5.8	378,894 6.0	387,987 5.4
Bachillerato	1,057,744 23.9	1,538,106 25.0	1,721,626 27.4	2,050,689 28.8
Normal Básica	207,997 4.7	64,700 1.1	*	*
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional. Inicio de Cursos.

*Nota: a partir del ciclo escolar 1987-88, la normal básica desaparece.

* En el ciclo 1987-88 desapareció

En el caso de la educación normal básica (o normal primaria como se le denominaba en el pasado), en el ciclo escolar 1987-1988 desapareció para convertirse en una carrera profesional para la cual se requiere haber completado el bachillerato.

Al observar en el cuadro que sigue la evolución de la matrícula femenina en relación con el total en cada nivel, ésta muestra una tendencia sistemáticamente creciente en secundaria y bachillerato desde 1976; sin embargo, en cuanto a la educación técnica, en los primeros años a los que hace referencia el cuadro, los datos permitirían suponer que la proporción de mujeres se incrementaría con el paso de los años, pero esta tendencia se interrumpió abruptamente, lo que probablemente se explique por el impacto que tuvo la creación del CONALEP, organismo ya mencionado anteriormente, a cuyos planteles se incorporaron fundamentalmente jóvenes de sexo

masculino a los cuales les resulto atractiva la oferta educativa inicial del CONALEP, que incluía en su mayor parte carreras técnicas consideradas tradicionalmente como masculinas, como son la de mecánico automotriz o industrial, especialista en mantenimiento industrial, etcétera, lo que hizo que el porcentaje de hombres que decidieron incorporarse a estos Colegios se incrementaran. Años más tarde, al ampliar su oferta educativa a carreras administrativas ofrece a las mujeres la oportunidad de incorporarse a los planteles que conforman este sistema y se refleja en las cifras que indican un crecimiento de la participación femenina.

En lo que respecta a la educación normal, ésta ha sido tradicionalmente un área en la cual las mujeres participan mayoritariamente y los datos lo confirman.

Cuadro No. 3.12
MÉXICO: PARTICIPACIÓN FEMENINA SEGÚN MODALIDAD,
EN LA EDUCACIÓN DE SEGUNDO NIVEL, 1976-1990
(Porcentajes de mujeres)

AÑO	SECUNDARIA	BACHILLERATO	PROFESIONAL MEDIO	ENSEÑANZA NORMAL
1976-77	43,8	29,3	62,0	57,4
1977-78	44,9	nd	71,6	nd
1981-82	47,3	35,1	52,4	69,6
1983-84	47,7	38,2	48,0	72,7
1984-85	47,6	38,4	47,1	73,4
1985-86	48,3	40,9	54,8	72,8
1986-87	48,3	42,1	56,0	76,7
1987-88	48,4	43,0	58,3	*
1988-89	48,5	43,8	59,9	*
1989-90	48,6	45,7	60,6	*

Fuentes: Secretaría de Educación Pública, Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional, Inicio de cursos años correspondientes
 * Nota: a partir del ciclo 1987-88, desaparece la normal básica.

Más allá de las tendencias particulares en cada tipo de educación de nivel medio, es posible afirmar que en conjunto, las mujeres muestran una tendencia a incrementar su participación en la matrícula escolar.

3.2.5. Educación superior

Como se ha podido constatar en los niveles hasta ahora analizados, las mujeres participan cada vez en mayores proporciones en la educación formal y si esto ha sido evidente en el caso de la educación media, el fenómeno más significativo en el ámbito educativo ha sido el crecimiento de la matrícula escolar femenina en la educación superior, como los datos que se presentan a continuación lo mostrarán.

El crecimiento demográfico de los años sesenta en Colombia y México, se reflejó en un incremento de la demanda de educación superior algún tiempo después, cuando la población nacida aquellos años llegó a la adolescencia. Esta demanda tuvo que enfrentarse a través de diversas medidas que tuvieron como fin incrementar la oferta educativa.

En 1960 en Colombia existían 29 Instituciones de educación superior, de las cuales 12 se ubicaban en la capital del país. A partir de entonces y en los siguientes veinte años, se crean 164 nuevas instituciones: 62 en Bogotá, 16 en el departamento de Antioquia, 25 en Valle, 8 en Santander, 7 en el Atlántico y las restantes 46 en otras regiones de Colombia, de tal forma que el Subsistema de la Educación Superior quedó conformado por un total de 193 instituciones. El crecimiento de las instituciones de educación superior se mantuvo en los años siguientes y lo que sobresale es la creación de escuelas y universidades privadas, ya que entre 1985 y 1997 del total de las universidades que se crearon el 70 por ciento fueron privadas.

Con la Ley 30 de 1992, se amplió la cobertura de este nivel educativo porque se dio autonomía a las universidades para crear nuevos programas. De esta manera el crecimiento de la oferta educativa se produjo tanto por la creación de universidades como por la ampliación de los programas dentro de las mismas instituciones.

La población matriculada en educación superior para el año 1960 fue de 23,010 alumnos, mientras que en 1997 se calculó en 768,321 individuos, lo cual indica que se multiplicó por 32 la cobertura del subsistema con respecto a 1960.

Cuadro No. 3.13

**COLOMBIA: EVOLUCIÓN DE LA MATRÍCULA DE EDUCACIÓN
SUPERIOR POR SEXO, 1960-1990
(DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)**

AÑO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL ABSOLUTOS
1960	18.4	81.6	23010
1965	23.2	76.8	44403
1975	36.4	63.6	176098
1980	44.6	55.4	271630
1985	48.7	51.3	417654
1990	51.7	48.3	499185

Fuente: Bonilla Elssy y Rodríguez, Penélope, Fuera del cerco.

Mujeres, Estructura y Cambio Social en Colombia., Agencia
Canadiense de Desarrollo Internacional, (ACDI). Bogotá, 1992.

La participación femenina en el nivel superior experimentó un incremento significativo en el país. El porcentaje de mujeres en la matrícula universitaria aumentó, entre 1960 y 1990, de un 18.4 a un 51.7 y este incremento es quizá la transformación social más importante en el sistema educativo, que permite entender lo que sucede en otras esferas de la vida social y explicar los cambios que se producen en la fecundidad de las mujeres colombianas.

Cuando se analiza la matrícula de acuerdo a la carrera, se observa claramente que las mujeres optan preferentemente por las áreas correspondientes a educación, bellas artes y ciencias sociales. Sin embargo, en los últimos años se han experimentado algunos cambios en carreras a las cuales solían acceder casi en su totalidad los hombres.

En carreras que fueron consideradas exclusivamente masculinas como derecho, o ingeniería, las mujeres están presentes en un porcentaje cada vez más importante.

En el nivel de posgrado el avance en la matrícula femenina es aún insipiente, como se puede observar el cuadro No 3.15. Si bien se puede ver un cambio importante en sólo cinco años, entre 1990 y 1995, el nivel de maestría y doctorado sigue siendo masculino, y la presencia de la mujer está enfocada más en el nivel de especialización.

Cuadro No. 3.14
COLOMBIA: MATRÍCULA EN EDUCACIÓN SUPERIOR
POR ÁREA DE ESTUDIO Y SEXO. 1990-1995
(Primer periodo académico)

AÑO Y AREA DE ESTUDIO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Total país			
1990	51.4	48.6	100.0
1995	51.9	48.1	100.0
Agronomía Veterinaria y afines			
1990	31.4	68.6	100.0
1995	32.9	67.1	100.0
Bellas artes			
1990	61.9	38.1	100.0
1995	54.6	45.4	100.0
Ciencias de la Educación			
1990	69.0	31.0	100.0
1995	67.1	32.9	100.0
Ciencias de la Salud			
1990	62.8	37.2	100.0
1995	69.8	30.2	100.0
Ciencias Sociales, Derecho y C. Políticas			
1990	60.0	40.0	100.0
1995	60.5	39.5	100.0
Economía, Administración y afines			
1990	52.3	47.7	100.0
1995	54.6	45.4	100.0
Humanidades y Ciencias Religiosas			
1990	51.6	48.4	100.0
1995	46.2	53.8	100.0
Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines			
1990	31.4	68.6	100.0
1995	32.4	67.6	100.0
Matemáticas y Ciencias Naturales			
1990	43.9	56.1	100.0
1995	48.9	51.1	100.0

Fuente: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, La Educación. Superior en la Década Resumen Estadístico, 1990-99

Cuadro No. 3.15

**COLOMBIA: MATRÍCULA EN ESTUDIOS DE POSTGRADO POR SEXO,
SEGÚN NIVEL DE FORMACIÓN. 1990 - 1995**
(DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)

NIVEL	1990			1995		
	Total Abs.	Hombres	Mujeres	Total Abs.	Hombres	Mujeres
Especialización	8013	59.7	40.3	30420	47.7	52.3
Maestría	5661	56.7	43.3	7175	53.8	46.2
Doctorado	27	77.8	22.2	87	60.9	39.1
Total matrícula	13701	8018	5683	37682	18431	19251
Porcentaje	100.0	58.5	41.5	100.0	48.9	51.1

Fuente: MEN- SNIES, 1990-1995

En México la matrícula en la educación superior ha dado un salto importante, mientras en 1930 tan sólo 29950 personas se encontraban matriculadas en este nivel en 1990 se llega a tener mas de un millón de alumnos; pero continua en ascenso y en 1997³⁴ se tiene una matrícula de 1.4 millones de estudiantes.

La participación de la mujer en la matrícula estudiantil en la educación superior ha aumentado en forma constante. En 1983; 33.2 por ciento de la matricula era femenina en 1998, el 46.6 por ciento de la matrícula de educación superior a nivel nacional está constituido por mujeres.

Cuadro No. 3.16

**MÉXICO: MATRÍCULA EN EDUCACIÓN SUPERIOR,
POR SEXO, 1983-1995**
(porcentajes)

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1983	33.2	66.8	100.0
1986	35.7	64.3	100.0
1989	39.1	60.9	100.0
1992	43.4	56.6	100.0
1995	45.2	54.8	100.0

Fuente: Anuarios Estadísticos 1983-1999. Población Escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos

³⁴ INEGI. 2001. Mujeres y Hombres en México.

Hay algunas áreas de estudio que comprenden carreras predominantemente masculinas. Por ejemplo, el área de Ciencias Agropecuarias e Ingenierías y Tecnologías. Algo similar, pero en menor proporción ocurre en el área de Ciencias Naturales y Exactas. Por el contrario, existen otras áreas que han sido predominantemente femeninas; tal es el caso de Educación y Humanidades. Un hecho importante es que hay otro grupo de carreras que comprende Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Administrativas, en las que se observa que a lo largo del tiempo se han convertido en áreas con predominio de las mujeres.

Cuadro No. 3.17
MÉXICO: MATRÍCULA EN LICENCIATURA POR ÁREA DE ESTUDIO
Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO. 1983-1995

PERIODO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
	Ciencias agropecuarias		
1983	11.0	89.0	100.0
1986	13.5	86.5	100.0
1995	23.7	76.3	100.0
	Ciencias de la salud		
1983	47.2	52.8	100.0
1986	49.5	50.5	100.0
1995	57.9	42.1	100.0
	Ciencias naturales y exactas		
1983	38.9	61.1	100.0
1986	38.7	61.3	100.0
1995	43.1	56.9	100.0
	Ciencias sociales y administrativas		
1983	43.4	56.6	100.0
1986	46.4	53.6	100.0
1995	54.7	45.3	100.0
	Educación y humanidades		
1983	57.5	42.5	100.0
1986	59.5	40.5	100.0
1995	65.6	34.4	100.0
	Ingeniería y tecnología		
1983	13.8	86.2	100.0
1986	17.4	82.6	100.0
1995	26.4	73.6	100.0

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de educación Superior, Anuarios Estadísticos. Población Escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos años respectivos.

En el nivel de postgrado la matrícula se ha incrementado favoreciendo a las mujeres, aunque como se aprecia en el cuadro No. 3.18, la presencia masculina es predominante en casi todas las áreas de estudio excepto la de educación y humanidades. Es importante anotar que en el país el porcentaje de población con acceso a este nivel es aún muy reducido.

Cuadro No. 3.18
MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE MATRÍCULA EN POSGRADO
POR ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN. 1983-1999

AÑO	AREA DE ESPECIALIZACION											
	Ciencias Agropecuarias		Ciencias de la Salud		Ciencias Naturales y Exactas		Ciencias Sociales y Administrativas		Educación y Humanidades		Ingeniería y Tecnología	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
1983	11.9	88.1	23.2	76.8	33.3	66.7	30.6	69.4	45.3	54.7	15.7	84.3
1986	26.5	73.5	24.3	75.7	42.5	57.5	34.4	65.6	46.5	53.5	10.8	89.2
1989	13.9	86.1	30.8	69.2	24.8	75.2	33.0	67.0	50.0	50.0	20.3	79.7
1992	11.9	88.1	33.8	66.2	41.5	58.5	40.3	59.7	55.2	44.8	23.0	77.0
1995	12.5	87.5	41	59	33.8	66.2	46.9	53.1	55.0	45.0	32.9	67.1
1998	19.3	80.7	43.2	56.8	47.3	52.7	46.2	53.8	57.6	42.4	31.2	68.8
1999	34.2	65.8	43.3	56.7	46.3	53.7	49.7	50.3	58.0	42.0	37.7	62.3

Fuente: Anuarios Estadísticos 1983, 1986, 1989, 1992, 1995, 1998 y 1999. Población Escolar de Posgrado. ANUIES

3.3. El nivel de escolaridad de la población femenina en edad reproductiva en las encuestas de fecundidad

El cambio en el perfil educativo de las mujeres en los dos países, ha sido captado también por las encuestas de fecundidad en los diversos momentos en que se realizaron. Así, se presentan a continuación los datos de las tres encuestas en los años setenta, ochenta y noventa, para dar una idea clara del proceso de incorporación de las mujeres a mayores niveles de escolaridad (cuadro No. 3.19).

Más allá de la disminución en el porcentaje de mujeres que no asistieron a la escuela, que resulta ser de menor magnitud en Colombia, lo sobresaliente es el incremento considerable de las mujeres con secundaria o más con porcentajes muy similares en los dos países, que evidencian la incorporación de la población femenina a niveles de escolaridad que superan la educación básica.

Cuadro No. 3.19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LAS ENCUESTAS NACIONALES DE FECUNDIDAD DE COLOMBIA Y MÉXICO. 1976-1995.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	COLOMBIA			MÉXICO		
	1976	1987	1995	1976	1986	1995
Sin escolaridad /a	16.2	5.8	3.8	20.2	10.8	6.7
Primaria Incompleta /b	37.6	25.1	20.5	43.8	26.7	17.8
Primaria completa /c	16.6	23.7	16.0	15.4	22.0	23.4
Secundaria y más/ d	29.6	45.4	59.7	20.6	40.5	52.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

a/ 0 años de estudio

b/ de 1 a 5 años para México y 1 a 4 años para Colombia

c/ 5 años en Colombia y 6 años en México

d/ 6 años y más para Colombia y 7 años y más para México

FUENTES: Para Colombia, Encuesta Nacional de Fecundidad-1976, Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. CCRP.1986 y Encuesta de Demografía y Salud, 1995.

Para México, Encuesta Mexicana de Fecundidad-1976, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud SSA.1987

Los cambios en el contexto particular de cada nación confirman las transformaciones en un período relativamente corto y es clara la gran similitud entre los perfiles educacionales de México y Colombia en los años 1976-1987.

Este cambio en la composición educacional del total de la población femenina según las encuestas mencionadas, es el resultado de una transformación radical al interior de cada una de las generaciones de mujeres, de tal manera que las cohortes más jóvenes han logrado alcanzar cada vez mayores niveles de escolaridad.

El panorama completo del cambio generacional se presenta en el cuadro No.3.20 en el que es evidente el incremento del nivel de escolaridad a medida que las cohortes de nacimiento son más recientes, de tal manera que más de la mitad de las mujeres nacidas entre 1971 y 1975 y que en la fecha de la realización de la ENAPLAF95 tenían aproximadamente entre 20 y 24 años, habían al menos ingresado a la educación secundaria, mientras que en el caso de la generación de mujeres nacidas entre 1945 y 1950 menos de 8 de cada 100 mujeres alcanzaron este nivel de escolaridad y lo que es incluso dramático, es que el 11.1 por ciento no asistieron a la escuela. En Colombia el panorama es parecido, entre las mujeres jóvenes de la generación 1971-75, el 66.5

por ciento tenían un nivel por encima de la secundaria, en tanto que las nacidas entre 1946-50 tan sólo tres de cada diez lograron tener educación secundaria.

Cuadro No. 3.20

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 49 AÑOS
POR GENERACIÓN, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. COLOMBIA Y MÉXICO, 1995**

GENERACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD								TOTAL	
	Sin escolaridad/a		Primaria Incompleta/b		Primaria Completa/c		Secundaria y más/d		Colombia	México
	Colombia	México	Colombia	México	Colombia	México	Colombia	México		
1976-80	1.0	3.7	13.2	10.5	14.6	18.0	71.2	67.8	100.0	100.0
1971-75	1.9	2.5	16.9	11.2	14.1	21.8	67.1	64.5	100.0	100.0
1966-70	2.1	4.4	14.5	16.6	15.6	16.8	67.8	62.2	100.0	100.0
1961-65	3.8	6.2	18.0	15.6	16.0	29.5	62.2	48.7	100.0	100.0
1956-60	4.4	7.1	25.2	24.6	15.6	27.5	54.8	40.8	100.0	100.0
1951-55	6.9	17.3	31.7	29.0	19.5	34.9	41.9	18.8	100.0	100.0
1945-50	10.6	18.4	34.2	37.8	19.6	23.7	35.6	20.1	100.0	100.0
Total	3.8	6.7	20.5	17.8	16.0	23.4	59.7	52.1	100.0	100.0
N	424	1464	2279	1464	1786	1464	6651	1464	11140.0	12092

a/ 0 años de estudio

b/ de 1 a 5 años para México y 1 a 4 años para Colombia

c/ de 6 años y más para Colombia y 7 años y más para México

FUENTE: Encuesta Nacional de Planificación familiar, 1995 y Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995

Puede pensarse que esta transformación en el perfil educativo de las mujeres mexicanas y colombianas tendría poco efecto sobre la fecundidad, ya que el incremento en la escolaridad femenina ha ido acompañado de un deterioro en la calidad de la educación, en la medida en que la relación maestro-alumno es cada vez más desfavorable e inclusive ha llegado a un punto, documentado para el caso de México, a partir del cual como resultado de la crisis económica y las políticas del modelo de crecimiento económico, el sistema escolar dejó atrás la fase expansiva observada en otras décadas y limitó la posibilidad de ofrecer acceso a la población demandante cuando menos en los niveles elementales (Fuentes Molinar, 1989).

Sin embargo, en los términos que aquí se analizan debe subrayarse que el efecto fundamental de la educación sobre la fecundidad, que incluye no sólo su efecto directo a través de las variables intervinientes, se produce cuando la población femenina logra completar al menos los primeros años de la educación primaria y puede modificar aunque sea de manera elemental su concepción sobre la reproducción y transformar una visión fatalista sobre el nacimiento y la sobrevivencia de los hijos. (Caldwell, 1980).

Los diversos análisis de la fecundidad diferencial han mostrado que el umbral de cambio significativo en el número promedio de hijos nacidos vivos entre los grupos de mujeres que constituyen las mayores proporciones de la población, se va desplazando según el propio desarrollo de un país y en las etapas iniciales del descenso, el diferencial observado entre las mujeres que no asistieron a la escuela y aquellas que sólo completaron unos cuantos años de educación básica se desplaza hacia mayores niveles de escolaridad; es decir, se muestra más claramente entre las mujeres que asistieron algunos años a la escuela y aquellas que terminaron la educación primaria.

Bajo esta perspectiva, como se verá en los capítulos que siguen, se observa que las diferencias en la fecundidad según la escolaridad de las mujeres, se da incluso entre aquellas que tienen 0 años de escolaridad y las que tienen entre 1 y 3 años, pero las diferencias más notables en años recientes se observan entre aquellas que terminaron la primaria y quienes pasaron al nivel de secundaria; es decir, con la evolución de la sociedad y el incremento en la educación de las mujeres, se ha desplazado el umbral diferencial en los dos países.

Sin dejar de lado otras importantes transformaciones en las características de la población femenina y especialmente su incorporación a la actividad económica, que merece un análisis por separado, los datos presentados confirman avances sustanciales en la escolaridad que acompañan al descenso acelerado de la fecundidad y su carácter diferencial según nivel de escolaridad, por lo que resulta especialmente relevante su análisis.

Segunda Parte

CAPÍTULO 4: EDUCACIÓN Y FECUNDIDAD

4.1. Introducción

El presente capítulo tiene varios objetivos, el primero de ellos es describir el descenso observado en las tasas de fecundidad en Colombia y México. El análisis está centrado en lo que ha sucedido en las últimas décadas del siglo XX. El segundo objetivo es el de mostrar la existencia de una consistente relación entre educación y fecundidad en los dos países analizados.

En la primera parte de este capítulo se describen los cambios en la fecundidad tanto general como marital. En la segunda parte se hace un análisis de la fecundidad según nivel de escolaridad para la población femenina en general y más adelante, el análisis se hace más detallado en la medida en que la referencia central es la evolución de la fecundidad entre diferentes cohortes de mujeres.

Durante el siglo que recién terminó, la población de México y Colombia ha pasado por un proceso de cambio en su dinámica poblacional denominado “transición demográfica”, esta transformación se produce a partir de la evolución de la fecundidad y la mortalidad, este proceso en términos simples puede ser caracterizado como el paso de niveles elevados y sostenidos de ambas variables a niveles bajos, con desfases que dan como resultado diversas tasas de crecimiento. En la primera fase, tanto la fecundidad como la mortalidad presentan tasas elevadas con lo que la tasa de crecimiento natural es más bien baja, de aquí se pasa a una segunda etapa en la cual la mortalidad desciende como consecuencia de los avances médicos y sanitarios, que inciden especialmente sobre las enfermedades infecciosas que son importantes causas de muerte; en esta etapa no sólo se produce un descenso de la mortalidad, además es posible observar un aumento de la fecundidad, por la mejora en la propia salud de las mujeres, esta nueva situación hace evidente la aparición de una “explosión demográfica”, llamada así porque la elevada tasa de crecimiento que resulta de un nuevo saldo entre muertes y nacimientos, hace que el crecimiento de la población se acelere y en una tercera etapa tanto la fecundidad como la mortalidad presentan niveles bajos y con ello se reduce el crecimiento natural.

Es desde luego interesante describir en detalle la evolución en el tiempo de cada una de las variables mencionadas y los factores que le dan origen, por lo que hace a la fecundidad, durante el período de cambio, su descenso se encuentra asociado a dos variables socioeconómicas que han servido para mostrar no sólo el carácter diferencial de su descenso, también la incidencia de los factores sociales asociados a éste: la primera de estas variables ha sido el carácter urbano o rural de la localidad de residencia de la población femenina y la segunda su nivel de educación.

4.2. La evolución de la fecundidad en Colombia

Hasta el inicio de los años sesentas, Colombia se caracterizó por tener una tasa de crecimiento poblacional elevada como producto de altos niveles de natalidad. Así lo han demostrado varios trabajos realizados con datos de este país en donde se estiman los altos niveles que presentaba esta variable. Collver, (1965), estima que durante el periodo 1900 a 1960 la tasa bruta de natalidad fluctuaba entre 43 y 45 nacimientos por mil habitantes. Miró, (1968) realiza estimaciones de la natalidad en Colombia para el período 1900-1946, basados en datos censales y aplicando el método de inversión-supervivencia, es decir, a partir de los sobrevivientes en determinado año y elaborando una retro-proyección, calcula el número de nacimientos que se produjeron en el pasado, la autora estima para la primera mitad del siglo XX una tasa de natalidad entre 44 y 47 nacimientos por mil habitantes. López Toro, (1968), calculó una tasa bruta de natalidad para los periodos 1938-51 y 1951-64 de 46.3 y 47.2, respectivamente. Elkins (1973) con datos de la encuesta de 1976, que formó parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad, calcula una tasa de 45 por mil para los primeros años de la década de los sesenta, muy semejante a la calculada por López Toro.

El panorama descrito muestra que hasta finales de la década de los años sesenta la natalidad presenta pocos cambios y en años posteriores se inicia el descenso de la fecundidad.

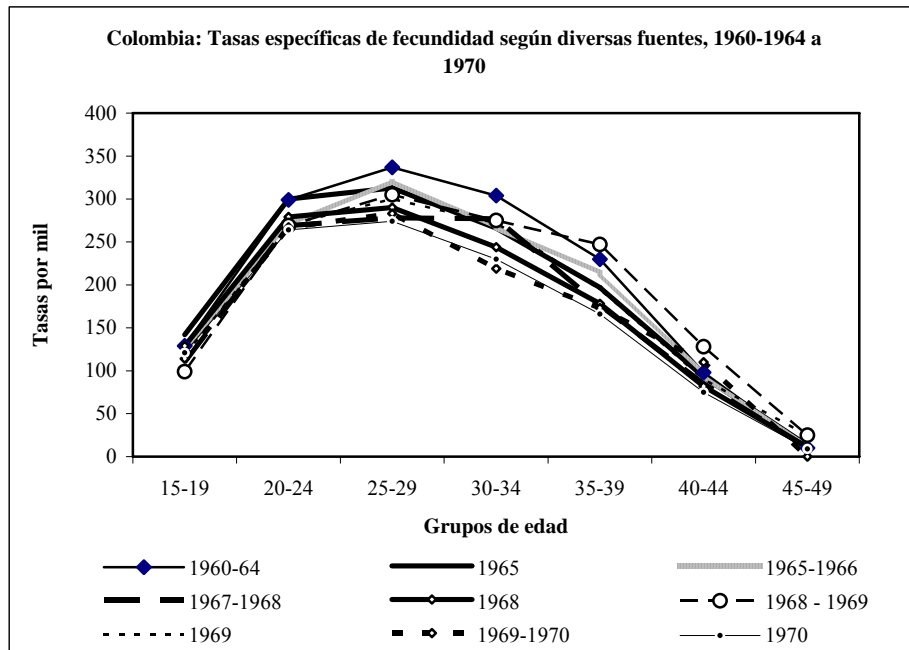
Con datos provenientes de la Encuesta Nacional de Fecundidad, efectuada en 1969, se obtienen las primeras cifras confiables que confirman los cambios en la fecundidad de las mujeres Colombianas. Elkins, (1973) con información proveniente de la Historia de Embarazos de esta encuesta obtenidos de una muestra de 5329 mujeres (2736 urbanas y 2593 rurales), llega a la conclusión de que el nivel general de la fecundidad para 1960-64 era muy alto, de tal manera que el número promedio de hijos vivos que podía esperar cada mujer al terminar su vida

reproductiva, a partir de las tasas de fecundidad estimadas estaba por encima de siete hijos. Para el periodo 1965-66 la Tasa Global de Fecundidad era de 6.5 hijos por mujer y para 1967-68 descendió a 6.0 hijos por mujer. Como puede observarse, la magnitud de los cambios en períodos tan cortos parece poco probable y sugiere algún problema con las estimaciones, especialmente a la luz de las que han sido elaboradas por otros autores (ver cuadro No. 4.1 y gráfica No. 4.1).

Según Elkins (op. cit. 1973), los mayores cambios absolutos observados en el país en las tasas de fecundidad específicas por edad, ocurrieron entre los grupos de mujeres de 25 a 29 años y 35-39 años y en términos relativos fue el grupo 35-39 años el que registró el descenso más drástico.

El autor dice también que se observan diferencias respecto al lugar de residencia. En 1960-64, el valor de la Tasa Global de Fecundidad de una mujer del área rural era 1.5 hijos mayor que la tasa de una mujer residente en una localidad urbana; en cambio hacia 1967-68 la diferencia era casi de tres hijos nacidos vivos; lo que se explica porque la fecundidad rural decreció sólo 6 por ciento, contra un descenso de 23.4 por ciento en las áreas urbanas; incluso, las tasas específicas de fecundidad en las áreas rurales presentan ligeros aumentos en este periodo en algunos grupos de edad.

Gráfica No. 4.1



Fuente: Cuadro No. 4.1.

Cuadro No. 4.1
COLOMBIA:TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD
SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1960-1964 - 1970

GRUPOS DE EDAD	1960-64 (1)	1965 (2)	1965-1966 (1)	1967-1968 (1)	1968 (2)	1968 - 1969 (3)	1969 (4)	1969-1970 (5)	1970 (2)
15-19	129	142	125	110	129	99	118	114	121
20-24	299	300	270	269	279	269	270	267	264
25-29	337	313	321	278	290	305	300	283	274
30-34	304	266	267	277	244	275	272	219	230
35-39	230	197	214	176	178	247	195	173	166
40-44	98	93	95	85	82	128	90	110	75
45-49	10	13	10	10	11	25	25	0	9
TGF(15-49)	7.0	6.6	6.5	6.0	6.6	6.7	6.4	5.8	5.7

FUENTE:

- (1) Elins, Henry. (1973). "Cambio de la Fecundidad". En: La Fecundidad en Colombia, Encuesta Nacional de Fecundidad. Heredia, R. y E. Prada. Bogotá.
- (2) Zlotnik, (1982). Levels and recent Trends in Fertility and Mortality in Colombia. Committee on Population and Demography, Report No. 12. National Academy Press. Washington. D.C..
- (3) Ochoa, H. y M. Ordoñez. (1980). La transición de la fecundidad en Colombia en el periodo 1968-1978.
- (4) Prada Elena. (1996). The Fertility Transition and Adolescent Childbearing: The Case of Colombia. Tabla No.17.2
- (5) Encuesta Nacional de Fecundidad. Colombia 1976. Resultados Generales. Corporación Centro Regional de Población. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Instituto Internacional de Estadística.

Especialmente importante es el hecho de que las diferencias en la fecundidad entre las mujeres según nivel de escolaridad fueron de tal magnitud, que no dejan duda sobre la relación

entre estas variables. El autor mencionado clasificó a las mujeres en dos grandes grupos: con educación baja y con educación alta. La división entre uno y otro grupo de mujeres se hizo a partir del hecho de haber terminado o no la educación primaria. Las mujeres de mayor educación tenían en promedio 3.9 hijos; en tanto que quienes estaban en el grupo de educación baja tenían en promedio 7.2 hijos. Además, la interacción entre escolaridad y localidad de residencia era tal que aquellas mujeres que además de tener bajo nivel educativo vivían en áreas rurales tenían en promedio 8 hijos, comparadas con las mujeres urbanas y educadas, que tenían 3.3 hijos.

Cuadro No. 4.2

COLOMBIA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE EDUCACIÓN, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. 1967-1968

RESIDENCIA	TOTAL	EDUCACIÓN	
		Baja	Alta
Rural	7.4	8.0	5.2
Urbana	4.6	5.8	3.3
Total	6.0	7.2	3.9

Fuente: Elkins, Henry. (1973). Cambios de Fecundidad. En: Heredia, Rodolfo y Elena Prada (eds.). La Fecundidad en Colombia. Bogotá: Encuesta Nacional de Fecundidad. Publicación No. 5

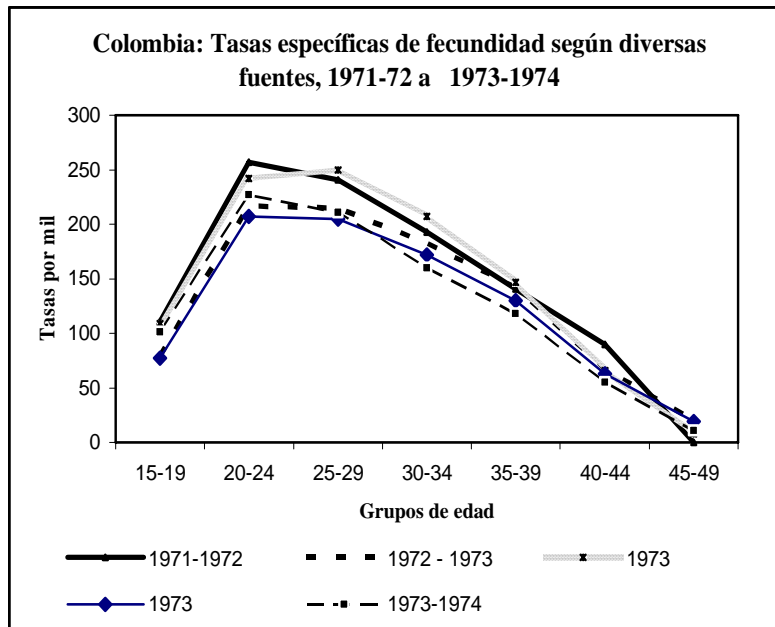
Utilizando la información de los nacimientos en los últimos doce meses en la encuesta realizada en 1969, Ochoa, (1981) obtiene una Tasa Global de Fecundidad de 6.7 hijos para 1968-69, mayor de la estimada por Elkins para 1967-68, que era de 6.0 hijos por mujer. El examen que hace de la encuesta de 1969 le permite afirmar que el descenso anual de la fecundidad fue de 3.8% entre los años 1968 y 1978 y que éste descenso fue mayor para el periodo 1968-73. La magnitud de la diferencia entre las estimaciones de Elkins y Ochoa, lleva a este último a suponer que las diferencias podrían deberse a que el descenso no hubiera seguido la tendencia esperada debido a que se hubiera presentado un leve aumento en la fecundidad inmediatamente después de haberse iniciado el control de los nacimientos, como parece haber ocurrido en algunos países del mundo. Ante una explicación de este tipo, considero que la

magnitud de esta diferencia sólo refleja el tipo de variaciones que es posible esperar cuando se hacen estimaciones anuales o bienales, por eso resulta conveniente hacer estimaciones incluyendo tres o más años cuando es posible esperar variaciones dado el tamaño de las muestras de algunas encuestas, como la que sirvió para hacer estas estimaciones.

Para los años que siguen, la información censal sirvió de base para hacer estimaciones de la fecundidad. El censo de 1973 incluyó por primera vez dos preguntas que permiten observar la evolución del patrón reproductivo en Colombia. Las estimaciones realizadas por Potter, Ordóñez y Measham (1976), muestran una tasa de fecundidad de 4.36 hijos por mujer y una tasa bruta de natalidad de 33 nacimientos por mil, lo cual significa una disminución del 20 por ciento en relación con el quinquenio 1968-1973 y una reducción de 1.36 hijos con respecto a 1968. Por cierto, el valor para 1968 es similar al calculado por Elkins, (1973). Los autores reconocen que el nivel de la fecundidad es sorprendentemente bajo y que la primera reacción es atribuir a la calidad de la información censal la posible subestimación; sin embargo, mediante un análisis detallado de la información censal concluyen que la estimación derivada del censo puede suponerse que refleja la situación real, que la información es consistente y que en todo caso, las tasas obtenidas a partir de la información censal no subestiman la fecundidad en más de un 10 por ciento.

Las tasas de fecundidad en 1973, muestran los importantes aportes de los grupos 15 -19 y 20-24 años a la fecundidad total, lo que gráficamente da forma a una curva que representa una fecundidad temprana.

Gráfica No. 4.2



Fuente: Cuadro No. 4.3.

Cuadro No. 4.3

COLOMBIA: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD
SEGÚN DIVERSOS AUTORES. 1971-1972 - 1976

GRUPOS DE EDAD	1971-1972 (5)	1972 - 1973 (3)	1973 (2)	1973 (6)	1973-1974 (5)	1975 (2)	1975-1976 (3)	1975-1976 (5)	1976 (7)	1976 (4)	1976 (8)
15-19	111	79	109	77	101	101	81	94	66	96	63
20-24	257	217	242	207	227	227	216	212	209	215	204
25-29	241	215	250	205	211	234	207	221	209	211	209
30-34	193	182	207	172	160	193	176	172	180	163	182
35-39	141	142	147	130	118	136	125	132	130	124	136
40-44	90	67	66	63	55	60	61	53	67	52	76
45-49	0	20	8	19	11	7	16	31	20	22	25
TGF(15-49)	5.2	4.6	5.1	4.4	4.4	4.8	4.4	4.6	4.4	4.4	4.5

FUENTES:

(2) Zlotnik. (1982). Levels and recent Trends in Fertility and Mortality in Colombia. Committee on Population and Demography, Report No. 12. National Academy Press. Washington. D.C.

(3) Ochoa, H. y M. Ordoñez. (1980). La transición de la fecundidad en Colombia en el periodo 1968-1978.

(4) Prada Elena. (1996). The Fertility Transition and Adolescent Childbearing: The Case of Colombia. Tabla No.17.2

(5) Encuesta Nacional de Fecundidad. Colombia 1976. Resultados Generales. Corporación Centro Regional de Población

(6) Potter Joseph, M. Ordoñez y A. Measham. (1976). The Rapid Decline in Colombia Fertility. Population and Development Review 2, Nos 3 y 4.

(7) Hernández, A. y Flórez, C. (1978). Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad en Colombia. CCRP.

(8) Hobcraft, J. (1980). Ilustrive Analysis: Evaluating Fertility Levels and Trends in Colombia. WFS Scientific Reports, No. 15.

Las estimaciones que los autores hacen según nivel de escolaridad y lugar de residencia muestran las diferencias que persisten en los distintos grupos poblacionales. Así, la fecundidad de las mujeres más escolarizadas está muy por abajo que la de aquellas con menor nivel educativo; de igual manera las mujeres urbanas tienen menor fecundidad que las que viven en áreas rurales.

Cuadro No. 4.4

**COLOMBIA:TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR NIVEL
DE ESCOLARIDAD SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. 1973**

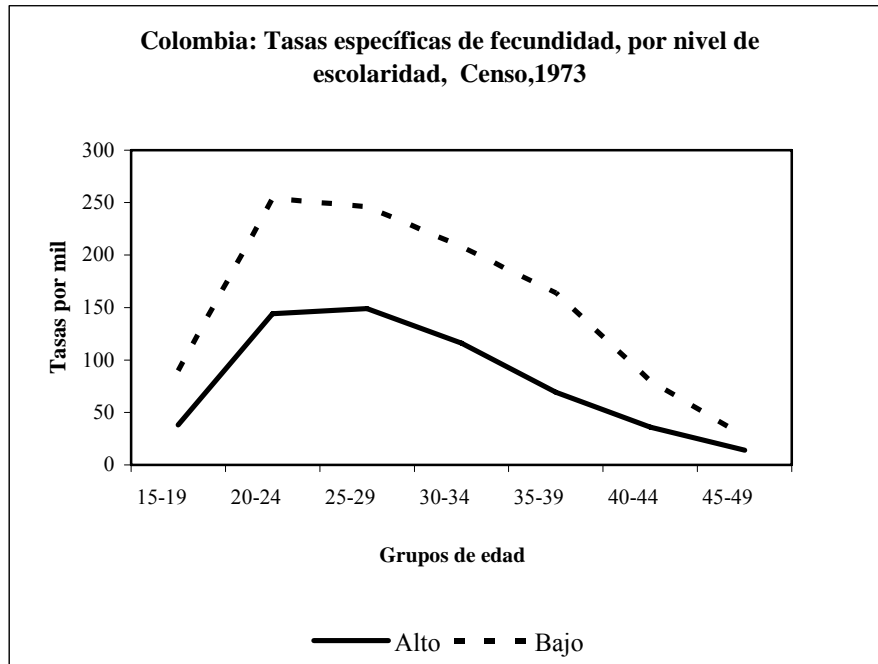
RESIDENCIA	TOTAL	EDUCACIÓN	
		Alta	Baja
Rural	6.30	4.32	5.22
Semi-urbano	4.05	2.99	4.91
Metropolitano	3.06	2.59	3.81
Total	4.29	2.83	5.35

Fuente: Potter, Ordoñez y Measham (1976).

fecundidad colombiana. En: El descenso de la fecundidad Colombiana.

En el caso de la forma de las curvas según nivel de escolaridad, éstas muestran una fecundidad temprana con la cúspide en los 15 a 19 años entre las mujeres de bajo nivel educativo, contrastando con una fecundidad de cúspide dilatada, es decir, la fecundidad se concentra entre los 20 a 24 y 25 a 29 años de las mujeres con un alto nivel de escolaridad.

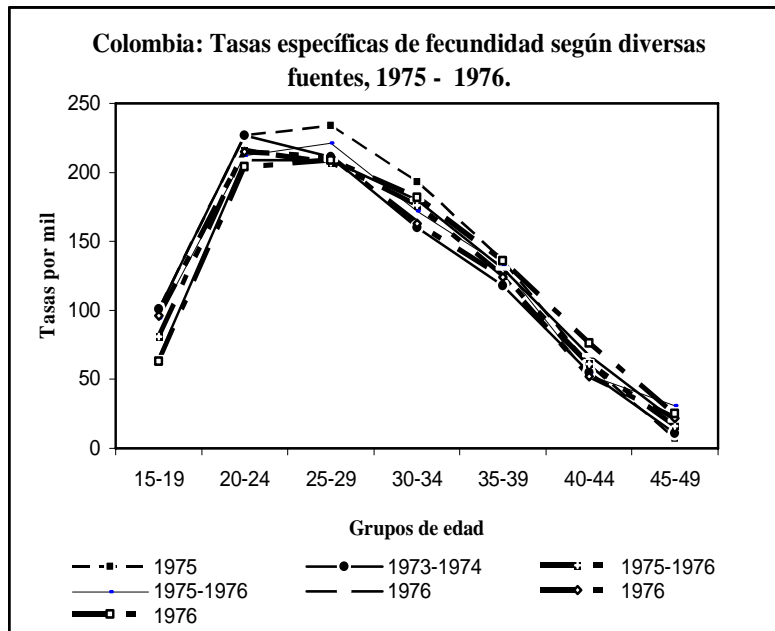
Gráfica No. 4.3



Los resultados mencionados sorprendieron a los especialistas en estudios de la población por los cambios tan rápidos en la fecundidad que las estimaciones hicieron evidentes; hay autores que consideran que el descenso no debió de ser tan drástico. Por ejemplo Piarret (1976), tomando como punto de partida los registros de los años anteriores a 1967 y previamente evaluada la información en que basaba sus resultados, de tal manera que podía decirse que la información era de buena calidad, estima para 1973 una TBN de 35 nacimientos por cada mil habitantes. Bayona, (1977) por su parte, anota que para el periodo 1968-1973 la TBN debió de ser de 36.9 nacimientos por cada mil habitantes.

La Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 (ENF76), realizada por la Corporación Centro Regional de Población, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Instituto Internacional de Estadística (ISI), como parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad, confirma el descenso de la fecundidad que ya mostraban otras fuentes.

Gráfica No. 4.4



Fuente: Cuadro No. 4.3.

Hernández y Flórez, (1979), también con datos de la historia de embarazos de la ENF76, calculan una TBN de 31 nacimientos por mil habitantes para 1976. Tomando como punto de comparación las estimaciones ya mencionadas de Elkins, para el periodo 1960-64; los autores afirman que la Tasa Global de Fecundidad bajó de 7.0 a 4.4 hijos por mujer en un periodo de 14 años, o sea un 37.5 por ciento. Mencionan que, el ritmo del descenso no fue uniforme durante el periodo; en una primera etapa se dio un leve descenso, después uno de mayor magnitud entre 1966-73 y posteriormente una desaceleración. En la primera fase los cambios en las tasas específicas de fecundidad se produjeron en las edades 25-29 y 35-39 años, para el segundo periodo fueron las edades 15-19 y 30-34 los que presentaron cambios más importantes. En todos los grupos se dieron cambios, aunque las estimaciones para el grupo 45-49 no son concluyentes debido a que la información no permite hacer estimaciones robustas.

El mayor y el menor descenso lo tuvieron los dos grupos de edades mas jóvenes (15-19 y 20-24, con 49 y 30 por ciento, respectivamente). Anotan los autores, que a pesar de de la diferente intensidad que se observó en el cambio en las tasas específicas por edad, la importancia

relativa de éstas no significó un cambio drástico en el aporte relativo de cada grupo a la fecundidad total.

El patrón de la fecundidad ha variado en el tiempo, es claro observar en la gráfica No.4.1 que la cúspide de la curva de 1960-64, se sitúa entre los 25 y 29 años; en el periodo comprendido entre 1967-68; la curva se dilata un poco y los máximos valores se sitúan en una amplia gama de edades que incluye los grupos 20-24; 25-29 y 30-34.

El trabajo de Hobcraft, (1980) basado en los datos de la Encuesta de Fecundidad de 1976 busca evaluar los niveles y tendencias de la fecundidad en el país; sus estimaciones de las tendencias pasadas de la fecundidad en Colombia, las hace con base en la información de la historia de embarazos y a partir de esta información concluye de una forma muy general que la fecundidad total ha bajado de 7.0 hijos por mujer en los inicios de la década de los años 60 a 4.5 hijos por mujer, en el año de 1975.

Ochoa y Ordóñez, (1980) anotan que la evolución hacia el descenso de la fecundidad en el país ha sido estudiada y confirmada a través de varios trabajos. Sus propias estimaciones lo confirman; entre 1968-1978 la tasa bruta de natalidad disminuye en un 38 por ciento y la tasa de fecundidad total se reduce de 6.7 a 3.8 hijos por mujer. Al respecto los autores dan algunas posibles explicaciones al cambio; por ejemplo, argumentan que ante la ausencia de cambios en la edad al matrimonio el descenso de la fecundidad puede ser el resultado de reducciones del 3 por ciento anual de la fecundidad marital producto de la anticoncepción.

Respecto al diferencial urbano-rural consideran que éste continúa siendo elevado puesto que durante el mismo periodo la fecundidad urbana descendió al pasar de 5.2 a 3.1 hijos, en tanto que la fecundidad rural disminuyó desde un nivel muy elevado hasta llegar a casi 4 hijos por mujer.

Para este mismo periodo Manrique de Llinás (1983), realiza un análisis de la evolución de la fecundidad, para afirmar que a partir de la década de los 60 se inicia un cambio importante en la dinámica de la población en Colombia. En diez años dice la autora, se produce una baja espectacular de la fecundidad que se refleja en el paso de una tasa global de 6.7 hijos por mujer en 1968-69 a 3.8 en 1978. En el mismo periodo, la fecundidad rural descendió en 21 por ciento y la fecundidad urbana un 44 por ciento, lo que produce un aumento en los diferenciales, de tal manera que se observan tasas de 6.1 hijos por mujer en el área rural y 2.9 en el área urbana. Las

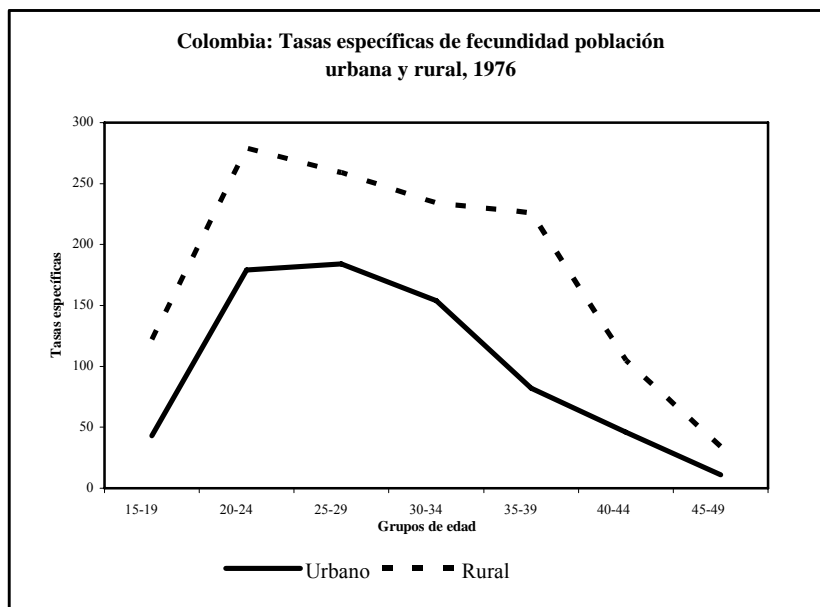
diferencias regionales son atribuidas por la autora a una heterogeneidad de la estructura socioeconómica y cultural del país.

Zlotnik, (1982) utilizando información del Censo de 1973 y de las Encuestas Nacionales de Fecundidad de 1969, 1976 y de 1978, mediante la aplicación de la metodología de Brass y el método de los hijos propios aplicado a la información censal, confirma que en Colombia se ha dado un descenso importante de la fecundidad. Estima que el descenso en la Tasa Global de Fecundidad ha sido de alrededor del 36 por ciento entre 1965 y 1978. La autora analiza la información de las diferentes fuentes y aunque encuentra inconsistencia entre las mismas, estas inconsistencias no son de gran magnitud, excepto en el caso de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1969, pero afirma una vez más la existencia de un importante descenso en la fecundidad de Colombia. Si bien la autora menciona que no es posible establecer exactamente el punto en el cual se inicia el descenso porque no se cuenta con datos anteriores a 1964 la tendencia a la baja es indudable, y ésta se produce durante los primeros años de la década de los años sesenta.

Además de la constatación del descenso de la fecundidad en Colombia, la mayor parte de los trabajos revisados, han hecho evidente, como en el caso de México, su carácter diferencial.

Por su importancia en materia de implementación de políticas y programas de población, en el análisis de las diferencias de la fecundidad los análisis al respecto, han considerado fundamentalmente un par de variables: el lugar de residencia y la escolaridad de las mujeres. Respecto al lugar de residencia los datos de 1976 muestran que la fecundidad de las mujeres que viven en el sector rural tiene el doble de hijos que las que viven en áreas urbanas (ver gráfica siguiente).

Gráfica No. 4.5

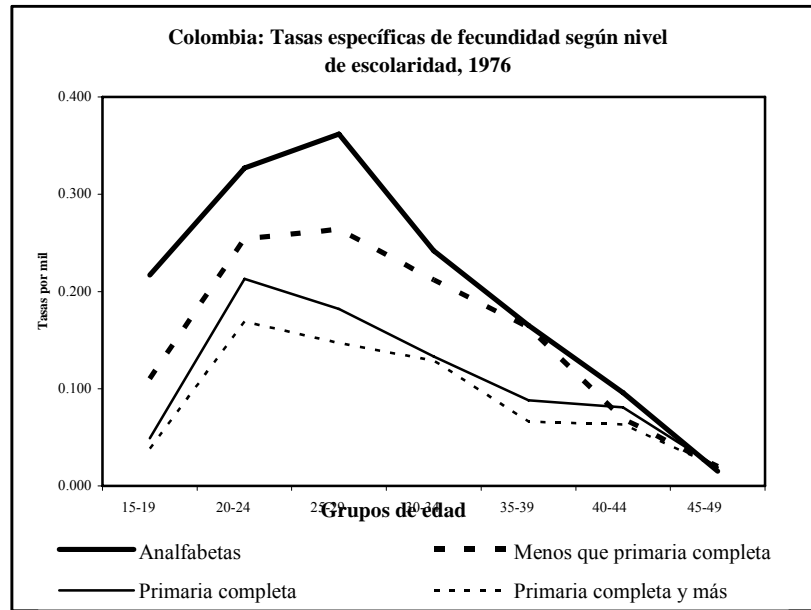


Fuente: Hernández y Flórez. (1979). Tabla 2.11.

Según nivel de escolaridad, a partir de una clasificación de las mujeres en cuatro niveles educativos: las analfabetas, las que tienen menos de primaria completa, las que tienen primaria completa y las que una vez que completaron la educación primaria accedieron a otro nivel, se observan claras diferencias en la fecundidad. En el gráfico No.4.6 se perciben estas diferencias en el nivel y la estructura de la fecundidad de las mujeres según el nivel de educación alcanzado.

Mientras las mujeres menos escolarizadas (tanto las analfabetas como aquellas que no completaron la primaria) tienen el nivel más elevado de fecundidad y éste nivel se alcanza en un grupo de edad amplio que abarca dos grupos quinquenales: 20-24 y 25-29; entre las más escolarizadas, la fecundidad es consistentemente menor, la curva que la representa tiene su punto máximo en el grupo 20 a 24 a partir del cual desciende paulatinamente con la edad. Es además muy claro el inicio temprano de la historia reproductiva entre las mujeres menos escolarizadas, con unas tasas de fecundidad muy superiores a las de las mujeres más educadas. En la misma gráfica se hace patente la existencia de dos grupos claramente diferenciados para los cuales el “umbral” de cambio, lo representa el hecho de completar la educación primaria.

Gráfica No. 4.6

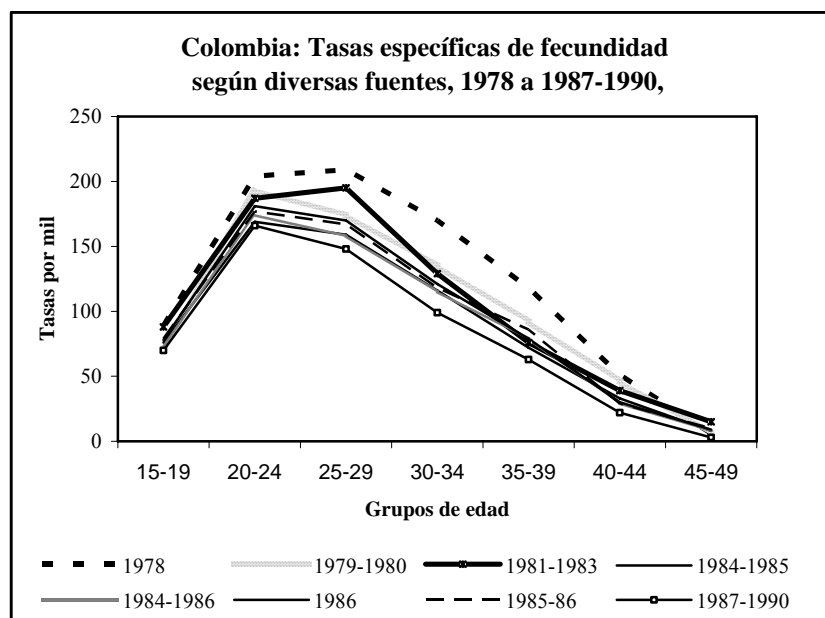


Fuente: Hernández y Flórez. (1979). Tablas 4.9 y 4.10.

Con información de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976, los expertos de Naciones Unidas (United Nations, 1995) estiman una tasa de fecundidad de 4.7 hijos por mujer; así mismo, se analizan las diferencias de la fecundidad según nivel de escolaridad y se muestra claramente que las mujeres más escolarizadas tienen menos hijos que aquellas de mayor escolaridad; mientras las mujeres con 0 años de escolaridad tenían 7 hijos, las de 7 años o más de educación tan sólo tenían 2.6 hijos.

Después de que la atención estuvo centrada en los años iniciales del descenso de la fecundidad, una nueva serie de estudios continúan con el análisis de este proceso con la intención de contar con parámetros de referencia que permitieran evaluar las acciones de las organizaciones que se crearon con el objetivo de ampliar la oferta de anticonceptivos. Con datos del Censo de 1985, Ordóñez, (1990) realiza el estudio de la fecundidad en Colombia, con especial énfasis en establecer sus niveles diferenciales y sus determinantes. Según la autora, la fecundidad continuó en descenso tanto en las áreas urbanas como rurales y en todas las regiones del país y encuentra importantes diferencias en la fecundidad entre las mujeres según características socioeconómicas como la escolaridad.

Gráfica No. 4.7



Fuente: Cuadro No. 4.5.

Cuadro No. 4.5

COLOMBIA: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1979-1980 - 1987-1990

GRUPOS DE EDAD	1978 (2)	1979-1980 (9)	1981-1983 (10)	1984-1985 (11)	1984-1986 (10)	1986 (4)	1985-86 (12)	1987-1990 (13)
15-19	89	73	88	76	74	78	79	70
20-24	204	193	187	169	174	181	177	166
25-29	209	174	195	159	158	170	167	148
30-34	170	135	129	116	115	121	118	99
35-39	118	92	76	72	79	79	86	63
40-44	51	46	39	33	29	30	29	22
45-49	6	6	15	8	8	9	10	3
TGF(15-49)	4.2	3.6	3.6	3.2	3.2	3.3	3.3	2.9

(9) Ochoa, L. H. (1982). El descenso de la fecundidad en Colombia y sus implicaciones demográficas. En: Implicaciones Socioeconómicas y demográficas del Descenso de la Fecundidad en Colombia. Monografía Vol. 18. CCRP.

(10) Tercera Encuesta de Prevalencia del uso de anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud. 1986. Resultados Generales. CCRP.

(11) Ordoñez, M. (1990). La Fecundidad en Colombia. Niveles diferenciales y determinantes. PROFAMILIA-DANE.

(12) Paz, L. y Welti Carlos. (1993) Fecundidad y Educación en México y Colombia.

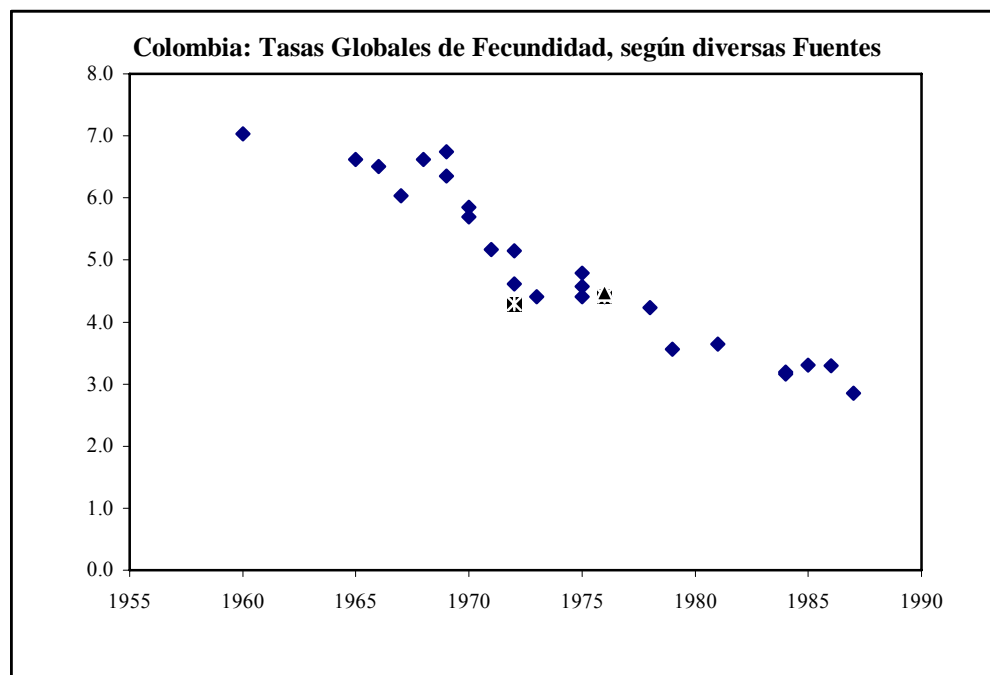
(13) Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1990. PROFAMILIA.1991

Durante la década de los ochentas, los estudios realizados tanto con datos del Censo como de las encuestas, mostraron una desaceleración en el ritmo del descenso de la fecundidad. Lo

interesante de los trabajos realizados en esta década, es que aparece un marcado interés por hacer evidente que cada vez son más importantes las diferencias en la fecundidad entre los diferentes sectores o grupos de mujeres, lo que hace necesario continuar con el estudio de la fecundidad para identificar sus factores asociados.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la evolución de la fecundidad no constituyó socialmente un proceso homogéneo, y ya sea que se observe a través de los promedios de hijos nacidos vivos, las tasas específicas por edad o las tasas globales de fecundidad, las diferencias entre grupos socioeconómicos son muy claras y es posible suponer que éstas reflejan la incidencia de cada uno de los factores responsables de su descenso y entre estos, la anticoncepción juega el rol principal, de tal manera que la fecundidad de las mujeres urbanas disminuye a una velocidad mayor que la rural y lo mismo sucede con las mujeres con más elevados niveles de escolaridad en relación con las mujeres que no asistieron a la escuela o únicamente alcanzaron a completar de uno a tres años en el sistema educativo formal (ver: Ordóñez, 1990, para Colombia y Welti y Grajales, 1989, para México).

Gráfica No. 4.8



Fuente: Cuadro No. 4.6.

Cuadro No. 4.6

**COLOMBIA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD,
SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1960 - 1995**

AÑO	TASAS		
1960-64	7.0		
1965	6.6		
1965-1966	6.5		
1967-1968	6.0		
1968	6.6		
1968 - 1969	6.7		
1969	6.4		
1969-1970	5.8		
1970	5.7		
1971-1972	5.2		
1972 - 1973	4.6		
1973	5.1	4.3	
1973-1974	4.4		
1975	4.8		
1975-1976	4.4		
1975-1976	4.6		
1976	4.4	4.4	4.5
1978	4.2		
1979-1980	3.6		
1981-1983	3.6		
1984-1985	3.2		
1984-1986	3.2		
1985-86	3.3		
1986	3.3		
1987-1990	2.9		

Fuente: Cuadros Nos. 7, 9 y 11

4.3. La evolución de la fecundidad en México

En el estudio de la fecundidad en México, una medida muy usada durante las décadas de los años sesenta y setenta, para analizar los diferenciales de la fecundidad urbano-rural o bien las diferencias según nivel de escolaridad fue el promedio de hijos nacidos vivos; si bien este es un

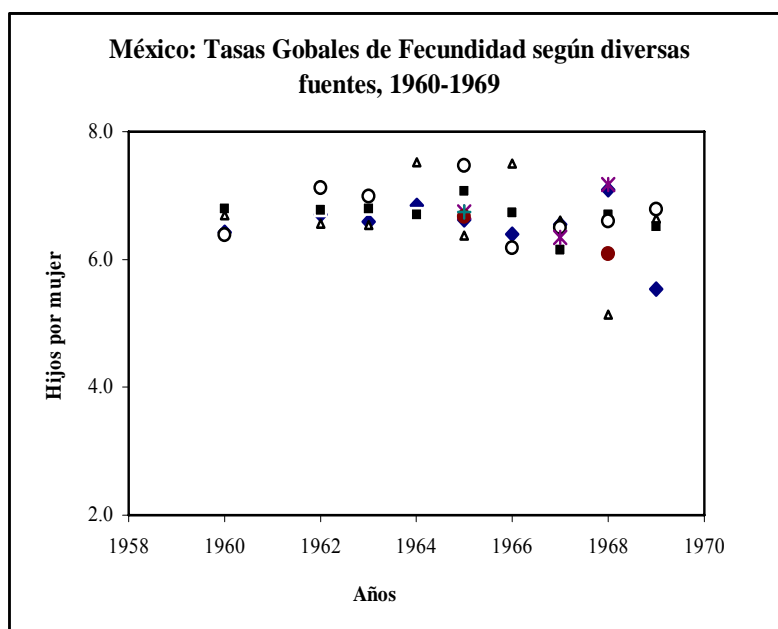
indicador menos refinado que una tasa, sirve para darnos una idea del nivel de la fecundidad en un momento dado y observar como evoluciona esta variable en el tiempo. Además, este indicador tiene la ventaja de que ha podido ser calculado a partir de la información censal y de su observación se ha hecho evidente que en las áreas urbanas del país y entre las mujeres con mayores niveles de escolaridad el descenso de la fecundidad ocurre más tempranamente y por tanto, es posible afirmar que en estos grupos se encuentran las mujeres pioneras del cambio en el comportamiento reproductivo (Juárez y Quilodrán, 1990).

Las diversas estimaciones que se tienen de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el período 1960-1995, permiten observar que el nivel de la fecundidad en México era elevado hasta iniciar los años 70; a partir de estos años, se inicia el descenso, que es más notable a mediados de esta década. Avanzados los años ochenta, se empieza a notar una desaceleración en el ritmo del descenso de la fecundidad con relación al que se observó en años anteriores y que refleja un proceso muy similar a lo que se observa en otros países en los que en un primer momento la caída de la fecundidad es muy pronunciada y luego se hace más lenta (Knodel, Napaporn y Frisen, 1988; Gendell, 1989).

A diferencia de lo que sucedía en el pasado, es ahora relativamente sencillo describir la evolución de la fecundidad en México, ya que son varios los autores que han realizado estimaciones del nivel y la estructura de la fecundidad en la década de los sesenta. En una primera etapa las estimaciones estuvieron basadas sobre todo en datos de estadísticas vitales y censos (1960-1970). Estimaciones provenientes de la Dirección General de Estadística (1978), indican un aumento del 3 por ciento en el nivel de la fecundidad entre 1960 y 1965 año a partir del cual permanece constante (6.6 hijos por mujer) hasta 1970. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1980) con información del censo de 1970 y utilizando el método de hijos propios, calcula una Tasa Global de Fecundidad de 6.7 hijos por mujer para el periodo 1960-1964 y de 6.5 para el quinquenio siguiente, lo que confirma que el nivel de la fecundidad se mantuvo más o menos constante durante la década.

Mier y Terán (1989) obtiene indicadores de fecundidad "a partir de los nacimientos calculados al hacer revivir a las generaciones correspondientes a los efectivos censados y del calendario de la fecundidad que proviene de las estadísticas vitales con ciertas modificaciones" y muestra que para los años sesenta, la Tasa Global de Fecundidad aumenta ligeramente (de 6.59 en el primer quinquenio pasa a 6.70 en el segundo).

Gráfica No. 4.9



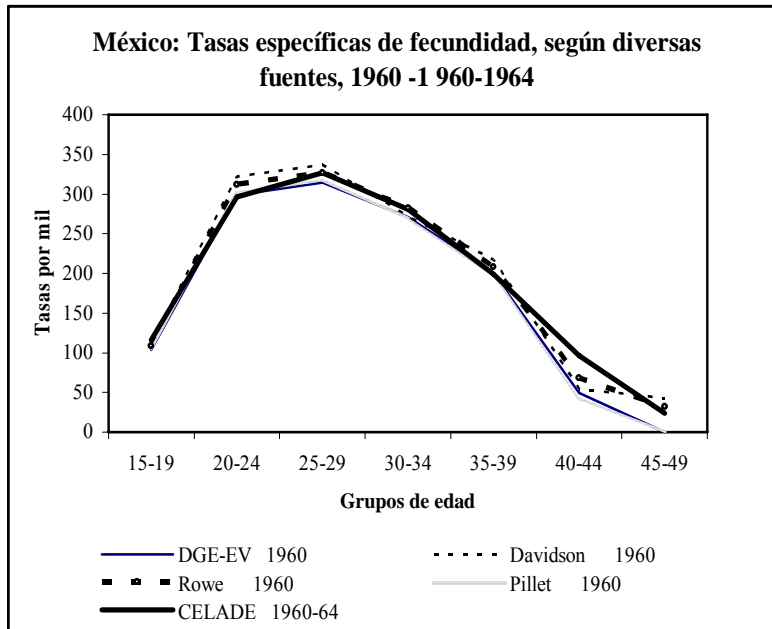
Fuente: Cuadro No. 4.12.

Los resultados del análisis de Davidson (s/f, citada en Figueroa, (1989)) muestran que no se notan cambios significativos en las tasas por grupos de edad, lo que hace que su estructura en la forma de la curva que constituye su expresión gráfica, aunque se observan pequeños cambios en ésta, se conserva una curva de cúspide tardía.

Las estimaciones ya mencionadas del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1980) señalan en el quinquenio 1965-1969 una ligera disminución de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años y un pequeño incremento en el grupo 35-39 respecto a la de las demás mujeres que no provocan modificaciones significativas con respecto al quinquenio anterior.

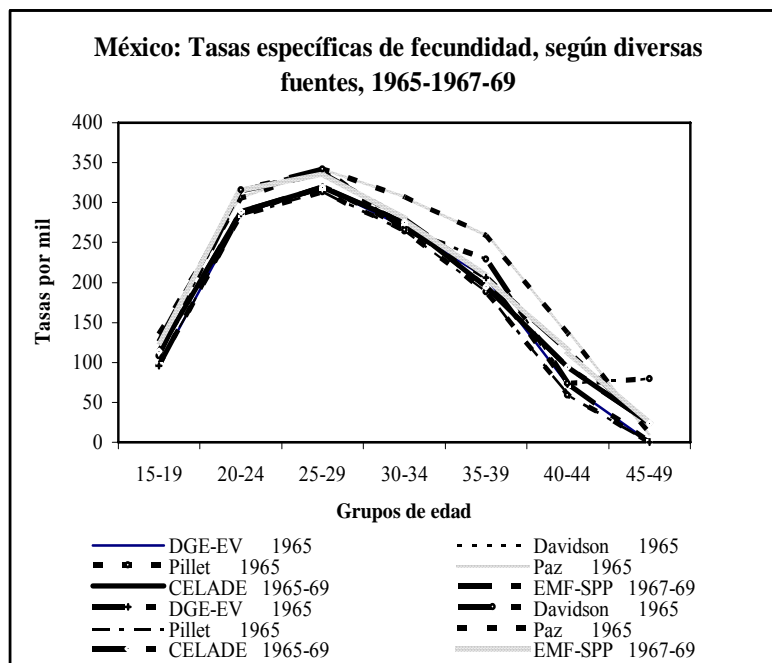
Los resultados que presenta Mier y Terán (1989) para los mismos quinquenios muestran un ligero aumento de la fecundidad entre las mujeres de 25 a 49 años y una disminución en las edades 15-24 en el segundo quinquenio. Al igual que para los demás autores analizados, para esta autora las estructuras son de cúspide tardía.

Gráfica No. 4.10



Fuente: Cuadro No. 4.7.

Gráfica No. 4.11



Fuente: Cuadro No. 4.7.

Cuadro No. 4.7

MÉXICO: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGUN DIVERSAS FUENTES. 1960-1965-70

GRUPOS DE EDAD	DGE-EV 1960	DAVIDSON 1960	ROWE 1960	PILLET 1960	CELADE 1960-64	MIER Y T. 1960-65	DGE-EV 1965	DAVIDSON 1965	PILLET 1965	PAZ 1965	CELADE 1965-69	EMF-SPP 1967-69	MIER Y T. 1965-70
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(1)	(2)	(4)	(7)	(5)	(8)	(6)
15-19	104	112	109	106	116	131	96	108	96	135	114	126	120
20-24	299	322	312	301	296	286	286	316	285	306	289	315	283
25-29	314	337	327	318	327	310	320	342	313	342	319	336	317
30-34	271	272	282	269	281	264	269	266	264	307	275	279	270
35-39	200	217	208	196	199	198	206	229	188	258	195	207	203
40-44	49	54	68	43	96	112	73	74	59	136	94	114	127
45-49	0	43	32	0	24	16	0	79	0	10	24	22	19
TGF(15-49)	6.4	6.8	6.7	6.4	6.7	6.6	6.6	7.1	6.4	7.5	6.6	7.1	6.7
TGF(15-44)	6.2			6.2			6.3		6.0			7.0	

FUENTES:

- (1) DGE: Anuarios Estadísticos, varios años.
 - (2) Davidson, M.(s.f.)
 - (3) Rowe, P.(1979)
 - (4) Pillet, B.(1980)
 - (5) CELADE (1980)
 - (6) Mier y Terán, M.(1982)
 - (7) Paz G., L.(1992): Estimaciones inéditas. con información de los censos de 1980 y 1990.
 - (8) SPP (1979): EMF
- * En el grupo 45-49 corresponde a la tasa de 1975.

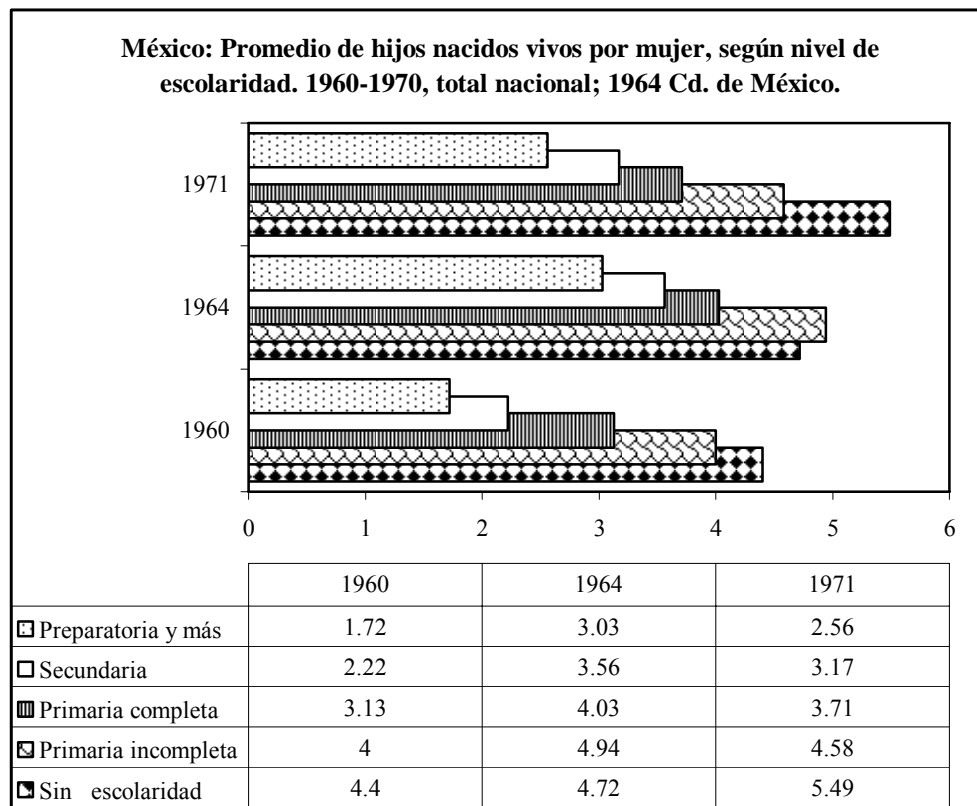
La revisión de las estimaciones para la década de los sesentas muestra que la fecundidad del país se mantuvo prácticamente constante (ver cuadro No.4.7); sin embargo, las diferencias entre los distintos grupos poblacionales son muy significativas. Así, por ejemplo, se constata que las mujeres residentes en áreas rurales tienen más hijos que las mujeres urbanas.

Por otro lado, sistemáticamente, las mujeres con menor nivel de escolaridad tienen mayor número de hijos que aquellas más escolarizadas.

Los datos que se presentan para 1960, 1964 y 1970 tienen la intención de mostrar la relación entre escolaridad y fecundidad y no son comparables entre sí; además, muestran claramente situaciones asociadas a la naturaleza de la información que sirve de base para calcular el número promedio de hijos. Los datos de 1960 y 1970 provienen de los censos de población y los datos de 1964 de la encuesta PECFAL-URBANO, como puede verse en el cuadro No. 4.8, no habría razón para suponer que la población femenina de la Ciudad de México tuviera en todos los grupos educacionales una fecundidad superior a la población femenina del total del país, que incluye a las mujeres residentes en áreas rurales, quienes generalmente tienen un mayor número de hijos; por lo que es posible que las diferencias entre los datos de las distintas fuentes muy probablemente se

originen en problemas de calidad de la información que hacen que se subestime el número de hijos a través de los censos de 1960 y 1970. Incluso, pueden observarse promedios muy superiores en 1970 con respecto a 1960. Si bien estos incrementos pueden ser reales, también pueden originarse simplemente en una mejora en la captación de información. Lo importante es que en los distintos estudios realizados en el país se constatan las diferencias entre grupos de escolaridad y claramente se observa que las mujeres más educadas tienen menos hijos que aquellas de menor nivel educativo.

Gráfica No. 4.12



Fuente: Cuadro No. 4.8.

Cuadro No 4.8

MÉXICO: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESCOLARIDAD, 1960-1971

NIVEL DE ESCOLARIDAD LUGAR DE RESIDENCIA	1960	1964*	1970	1971
Escolaridad				
Sin escolaridad	4.4	4.7	5.2	5.5
Primaria incompleta	4.0	4.9	3.8	4.6
Primaria completa	3.1	4.0	1.9	3.7
Secundaria	2.2	3.6		3.2
Secundaria y más			1.1	
Preparatoria y más	1.7	3.0		2.6
Lugar de residencia				
Rural	3.8		3.9	
Urbana	3.0	3.3		

Fuente:1960 Benitez Zenteno. (1976)

*1964 Miró y Mertens. (1969).Corresponde a la Cd. De México.

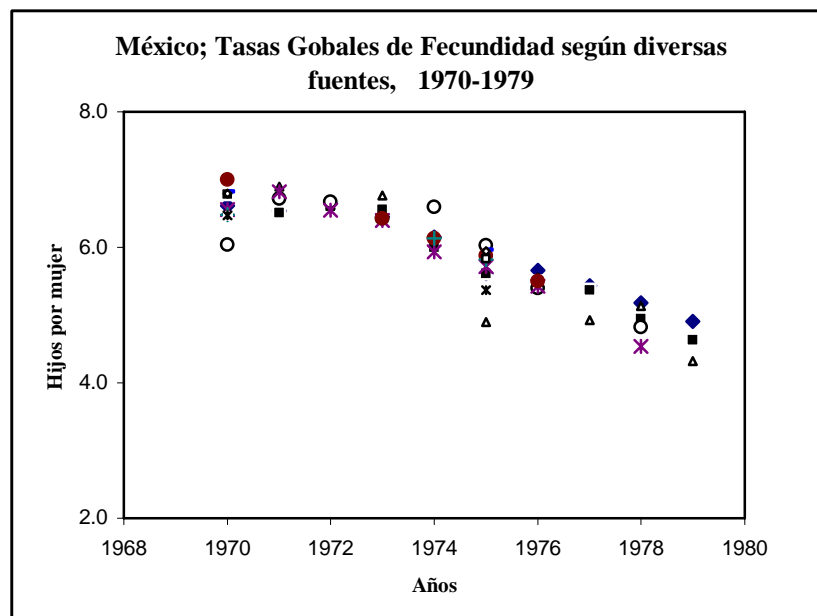
1971 García y Garma. (1980)

Con respecto al descenso de la fecundidad, con los datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF76), la Encuesta Nacional de Prevalencia (ENP79) y la Encuesta Nacional Demográfica (END82), Núñez (1989) describe el perfil del descenso en la fecundidad, cuyo inicio ubica a partir de 1972 con una aceleración en su caída en los años de 1976 a 1979. Sin embargo, de acuerdo con información de las estadísticas vitales este mismo autor (Núñez y Mendoza ,1982), había señalado en un trabajo previo, que el inicio del descenso se da a partir en 1973. El CELADE (1980) estima, mediante el método de hijos propios, las tasas específicas de fecundidad derivadas del Cuestionario de Hogar de la EMF del año de 1976 y observa que el nivel inicia su descenso a partir de este año (1976). Con datos de esa misma encuesta, Quilodrán (1984) señala que el descenso de la fecundidad se inicia a fines de la década de los años sesenta. La misma tendencia se percibe en las estimaciones elaboradas por el Consejo Nacional de Población, CONAPO (1988) al observar la evolución de la Tasa Global de Fecundidad de 1960 a 1985. Arretx (1989) estima también que la fecundidad se mantiene constante hasta el quinquenio 1965-1970 y que para el siguiente quinquenio hay una caída muy marcada en la fecundidad con un aceleramiento en el período 1975-1980.

Para el la década de los 70s, Davidson, (1976); Rowe, (1979); Pillet (1980), y las proyecciones de INEGI-CONAPO-CELADE (1983) estiman tasas globales muy similares entre sí, que oscilan entre 6.04 y 6.78 hijos por mujer, también se observa que hasta 1974 el nivel sigue estando por encima de los 6 hijos por mujer (ver cuadro No.4.9). La Tasa Global de Fecundidad de las diversas estimaciones para el inicio del segundo quinquenio de la década de los años 70, se encuentran alrededor de 5.7 hijos por mujer, excepto el valor más bajo que corresponde a INEGI (1992), basada en datos censales de 1970 y 1980.

Entre 1975 y 1979, se percibe un cambio importante en la Tasa Global de Fecundidad, este indicador pasa de 5.7 hijos estimado con datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad para 1975, a 4.9 con los datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia (de planificación familiar) de 1979, lo que implicó un descenso de 0.8 hijos por mujer equivalente al 14 por ciento.

Gráfica No. 4.13

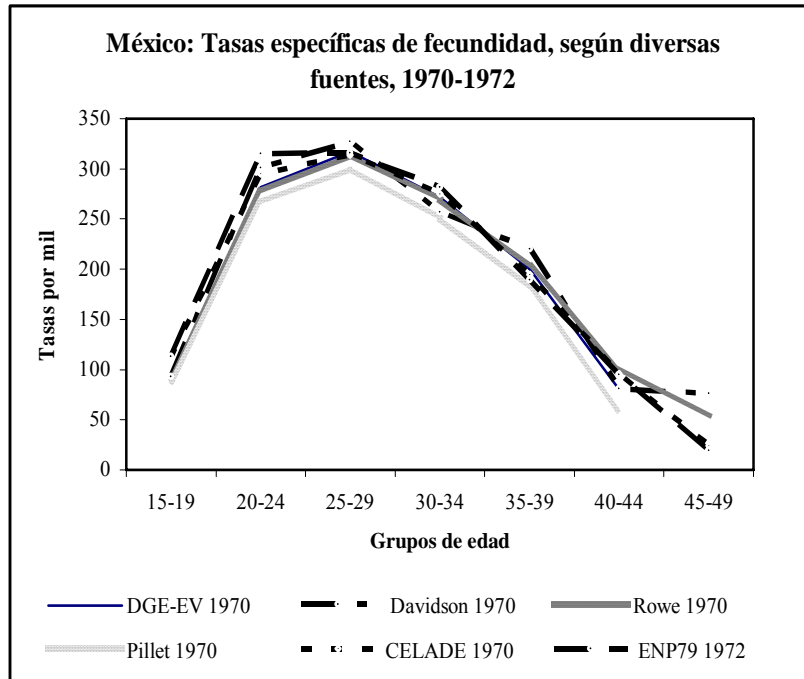


Fuente: Cuadro No. 4.12.

Al igual que lo observado en el nivel de la fecundidad, medido por la Tasa Global, la mayoría de los autores analizados confirman que a partir de 1975 se producen cambios en el nivel de las tasas específicas por edad, observándose un descenso en todas las edades. Sin embargo, las mayores disminuciones se producen en las edades extremas del período reproductivo, probablemente como respuesta a cambios en la edad de la primera relación sexual y

el inicio de la unión conyugal, pero especialmente a la limitación de los nacimientos a través del uso de anticonceptivos, e incluso a su limitación definitiva a través de la esterilización, entre las mujeres mayores de 39 años de edad (ver cuadros 4.9 y 4.10).

Gráficas No. 4.14



Fuente: Cuadro No. 4.9.

Cuadro No. 4.9

MÉXICO: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1970-1974

GRUPOS DE EDAD	INEGI CONAPO											
	DGE-EV 1970	DAVIDSON 1970	ROWE 1970	PILLET 1970	CELADE 1970	ENP79 1971	ENP79 1972	ENP79 1973	EMF76 1973	EMF-SPP 1973-75	ENP79 1974	EMF76 1974
	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	(10)	(10)	(10)	(11)	(8) *	(10)	(11)
15-19	88	93	92	89	112	115.1	113	109	120	105	106	115
20-24	282	301	278	267	295	289	316	287	284	290	287	287
25-29	317	327	313	300	314	323	316	330	326	302	281	298
30-34	272	257	269	250	275	270	282	270	268	256	262	254
35-39	200	220	202	181	195	192	190	187	185	178	165	177
40-44	80	81	101	60	96	98	95	89	88	83	82	83
45-49		76	53		24	21	20	19	40	17	17	15
TGF(15-49)	6.61	6.78	6.54	6.04	6.56	6.54	6.65	6.45	6.56	6.15	6.00	6.15
TGF(15-44)	6.20			5.74								

Fuentes:

(1) DGE: Anuarios Estadísticos, varios años.

(2) Davidson, M.(s.f.)

(3) Rowe, P.(1979)

(4) Pillet, B.(1980)

(7) Paz G., L. (1992): Estimaciones inéditas. con información de los censos de 1980 y 1990.

(8) SPP (1979): EMF

* En el grupo 45-49 corresponde a la tasa de 1975.

(9) INEGI-CONAPO-CELADE (1983)

(10) Planificación Familiar (1980): ENP79

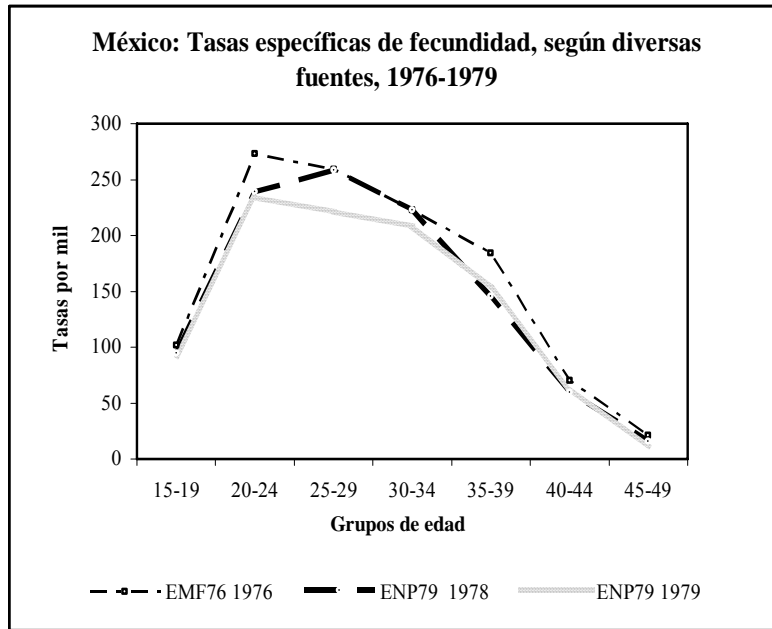
(11) Welti, C.(1982)

Además del análisis de tendencias, con datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, Welti, (1984), muestra como la fecundidad según el nivel de escolaridad permite identificar dos grupos claramente diferenciados, de tal manera que el paso de una escolaridad superior al tercer año de primaria implica una diferenciación importante con respecto a las mujeres que, o no asistieron a la escuela o no alcanzaron a completar tres años de educación primaria. Es decir, en los primeros años del descenso, este nivel de escolaridad marca el “umbral” de cambio en la fecundidad.

Las mujeres que no asistieron a la escuela muestran la fecundidad más elevada, la diferencia en la Tasa Global de Fecundidad, entre éstas y las que sólo alcanzaron a completar hasta el tercer año de primaria, no llega en general a ser mayor de un 10 por ciento.

Durante este período, como se afirmó anteriormente, se da el inicio de una transformación en el comportamiento reproductivo de las mujeres mexicanas, confirmado a través de las encuestas de 1976 y 1979 (EMF y ENP) y como anota Welti (1989) "una situación sobre la que ya no hay duda es que en este país se ha producido una baja en la fecundidad en las dos décadas más recientes; lo que se discute, sin embargo, es el ritmo del descenso y el período a partir del cual se inicia éste".

Gráfica No. 4.15



Fuente: Cuadro No. 4.10.

Cuadro No. 4.10

MÉXICO: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1975-79

GRUPOS DE EDAD	DGE-EV 1975	LAILSON 1975	PAZ 1975	ENP79 1975	EMF76 1975	INEGI-CONAPO					
						CELADE 1975	ENP79 1975	EMF76 1976	ENP79 1978	ENP79 1978	ENP79 1979
	(1)	(12)	(7)	(10)	(11)	(9)	(17)	(11)	(13)	(17)	(13)
15-19	94	108	106	99	105	122	134	102	95	112	93
20-24	250	273	237	296	276	276	273	273	239	247	234
25-29	266	272	243	294	269	276	266	259	258	227	221
30-34	214	204	196	236	231	244	247	223	223	199	208
35-39	198	175	139	184	173	164	158	184	145	139	152
40-44	50	72	52	79	74	79	76	70	59	54	63
45-49		17	7	17	15	15	11	21	16	9	10
TGF(15-49)	5.61	5.6	4.9	6.02.5	5.7	5.9	5.8	5.7	5.2	4.9	4.9
TGF(15-44)	5.36										

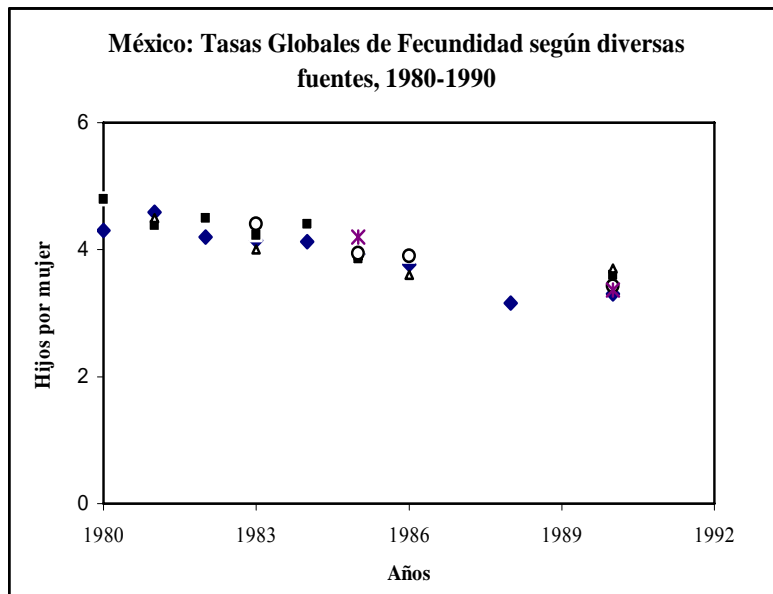
Fuentes:

- (1) DGE: Anuarios Estadísticos, varios años.
- (7) Paz G., L. (1992): Estimaciones inéditas. con información de los censos de 1980 y 1990.
- (9) INEGI-CONAPO-CELADE (1983)
- (10) Planificación Familiar (1980): ENP79
- (11) Welti, C.(1982)
- (12) Lailson Lara, J.H.(1980)
- (13) Nuñez, L.(1989)
- (17) Nuñez, L., y D. Mendoza (1982)

En la década de los 80s, las principales estimaciones del patrón y el nivel de la fecundidad provienen de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987 (ENFES), estimaciones elaboradas por Welti (1992) y Figueroa (1992), véase cuadro No. 4.11.

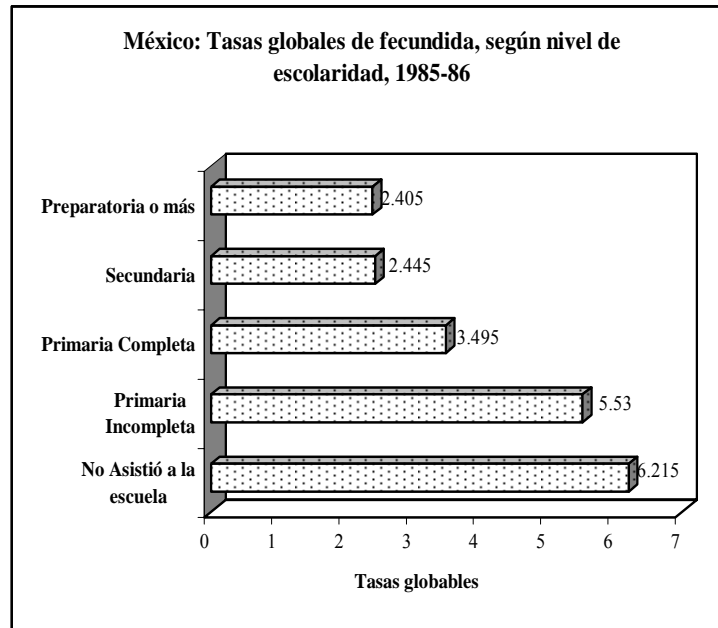
Analizando la información de la ENFES, Welti (1989) afirma que los cambios observados permiten decir que con el nivel derivado de las tasas específicas de fecundidad estimadas en 1970, las mujeres tendrían al final de su vida reproductiva 6.7 hijos nacidos vivos, mientras que con la fecundidad de 1986 tendrían 3.8 hijos, lo que si bien constituye una baja importante en la Tasa Global de Fecundidad, representa todavía un nivel sumamente elevado ya que en este caso casi duplica el nivel de reemplazo generacional. Zavala, (1992) por su parte, al analizar la fecundidad con información de la ENFES, anota que la fecundidad bajó a finales de los años sesenta y en sólo 20 años (1967-1986) la tasa global pasó de 7.5 a 3.8 hijos por mujer. Además la autora afirma que el uso de la anticoncepción explica casi completamente el cambio en las tasas globales de fecundidad entre 1976 y 1987.

Gráfica No. 4.16



Fuente: Cuadro No. 4.12.

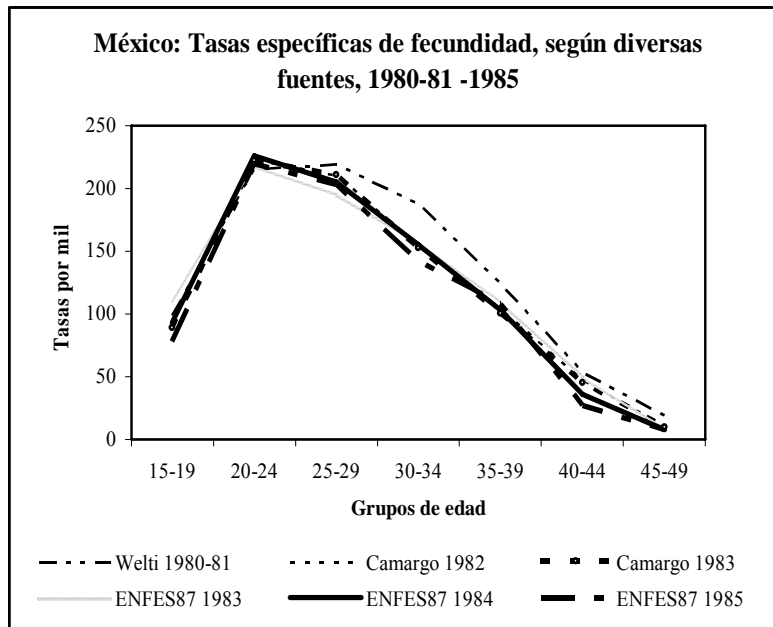
Gráfica No. 4.17



Fuente: Welty y Grajales (1989).

Figuroa, (1992), con datos del censo de 1990, estima una tasa global de 3.36 hijos por mujer, lo que indicaría un descenso de medio hijo con respecto a la tasa que se obtiene con información de la ENFES. Welty, (1992) también con datos censales de 1980 y 1990 obtiene tasas para 1980, 1985 y 1990. En el primer quinquenio el descenso en la TGF fue de poco más de medio hijo o un 14 por ciento; en el segundo período de nuevo la baja es de más de medio hijo (15%). En la década la disminución total en la tasa fue de 1.3 hijos por mujer, es decir, el 28 por ciento.

Gráfica No. 4.18



Fuente: Cuadro No. 4.11.

Cuadro No. 4.11

MÉXICO: TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS FUENTES. 1980-1990

Grupos de Edad	WELTI 1980-81	CAMARGO 1982	CAMARGO 1983	ENFES87 1983	ENFES87 1984	ENFES87 1985	CAMARGO 1985	PAZ 1985	WELTI 1985 *	ENFES87 1986	CAMARGO 1986	WELTI 1989-90	CAMARGO 1990	FIGUEROA 1990 **	FIGUEROA 1990 ***
	(14)	(15)	(15)	(16)	(16)	(16)	(15)	(7)	(14)	(16)	(15)	(14)	(15)	(18)	(18)
15-19	99	92	89	111	93	78	77	86	83	87	77	67	80	75	83
20-24	215	223	223	217	226	220	205	201	206	202	202	198	195	192	187
25-29	220	210	211	195	205	203	204	201	195	199	199	171	190	189	175
30-34	188	154	153	156	155	142	142	150	156	147	139	125	134	128	124
35-39	124	104	100	109	103	108	93	101	92	98	90	61	80	70	63
40-44	53	47	45	49	36	27	40	37	40	37	38	27	34	27	30
45-49	20	10	10	8	8	8	9	5	15	8	9	10	8	5	11
GF(15-49)	4.6	4.2	4.2	4.2	4.1	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.8	3.3	3.6	3.4	3.4

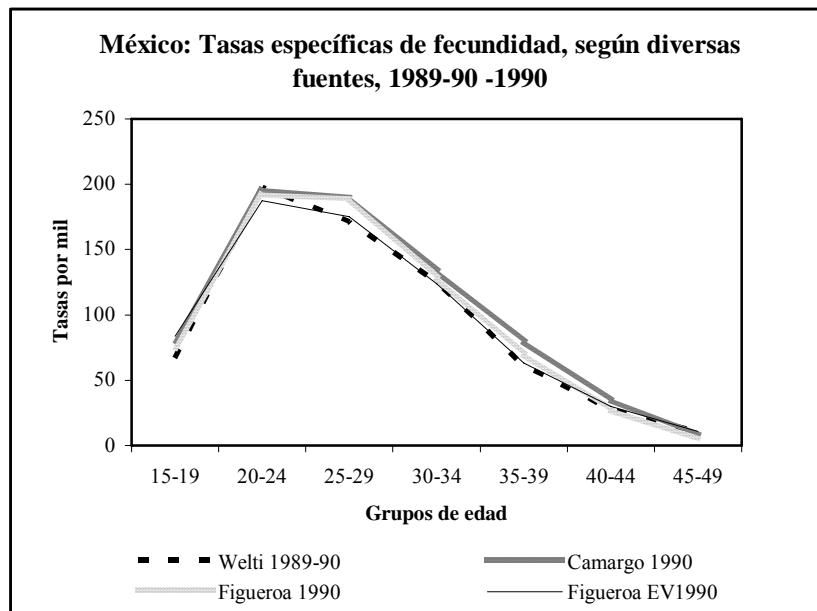
FUENTES:

- (7) Paz G., L. (1992): Estimaciones inéditas.
con información de los censos de 1980 y 1990.
- (14) Welti, C. (1992): Estimaciones inéditas con base en datos censales de 1980 y 1990.
* promedio entre 1980-1981 y 1989-1990.
- (15) Camargo V., L. (1992): Estimaciones inéditas.
con estadísticas vitales del RENAPO (nacimientos reconstruidos).
* Para 1990 las tasas se estimaron con los nacimientos registrados.
- (16) Welti, C. y A. Grajales (1989)
* En todos los años se asignó al grupo 45-49 el valor de la tasa observada en 1986.
- (18) Figueroa, B. (1992)
** estimaciones con base a estadísticas vitales.
*** estimaciones con base en datos censales de 1990.

Con las tasas anualizadas que se obtienen de la ENFES, Welti, (1989, op. cit.) afirma que las mayores bajas en el primer quinquenio de la década de los ochenta ocurren en el grupo 15-19 años, donde el descenso fue muy acelerado, y que el cambio anual promedio en la tasa de fecundidad de este grupo es casi seis veces mayor que el observado en la década anterior. Un ligero aumento en el ritmo de descenso de la fecundidad se presenta también el grupo de mujeres 40-44 años. En este período la curva de las tasas que se derivan de la ENFES es de cúspide temprana. Cabe señalar, sin embargo, que con datos censales este autor obtiene tasas específicas para la década de los años 80, las cuales muestran una curva de cúspide tardía en 1980-81, transformándose en una curva de cúspide dilatada en 1985 y temprana en 1989-1990.

Con datos del censo de 1990, Figueroa, (1992, op. cit.) obtiene una curva de cúspide temprana (con la fecundidad concentrada en el grupo 20-24) ligeramente inferior a la de Welti, (1992, op. cit.) pero muy semejante a la de éste en el resto de los grupos de edad.

Gráfica No. 4.19



Fuente: Cuadro No. 4.11.

Con respecto a la evolución diferencial de la fecundidad, Welti, (1989, op. cit.) analiza la fecundidad según algunas características socioeconómicas, con la intención de identificar los factores que ayuden a explicar el comportamiento reproductivo de diversas generaciones de mujeres; en su análisis considera que la composición social de cada una de ellas respecto a su educación y su participación en el trabajo, entre otras características, es sin duda un elemento que permite identificar las influencias más importantes del proceso de desarrollo social en su conjunto sobre la fecundidad.

Welti, (1989, op. cit.), afirma que el nivel de escolaridad está claramente asociado con la fecundidad tanto general como marital. El número de hijos que tendrían al final de su vida reproductiva las mujeres con secundaria, es prácticamente el mismo que de las mujeres con bachillerato, pero está muy por debajo de las mujeres con los menores niveles de escolaridad.

Cuando el análisis se restringe en el caso de las mujeres en unión, el nivel de fecundidad marital muestra que el número de hijos de las mujeres que al menos tienen bachillerato es superior al de las mujeres con secundaria (6.5 contra 5.8), e incluso, superior también al de las mujeres con primaria completa que es de 5.7 hijos por mujer, lo que mostraría que una proporción importante de las diferencias en la fecundidad se explican por el efecto de la edad de inicio de la unión conyugal y por tanto, por las diferencias en las proporciones de mujeres unidas en cada grupo de edad. En otras palabras, parece que cuando se eliminan las diferencias en la proporción de mujeres en unión, las diferencias en la fecundidad entre ciertos grupos desaparecen.

Cuando analiza la distribución de la fecundidad por edad, el autor mencionado encuentra que entre las mujeres con el más elevado nivel de escolaridad, los aportes a la fecundidad total de las mujeres de 30 años y más, son superiores a los que se observan entre las mujeres con menor escolaridad, es decir, una proporción importante de mujeres que cuentan al menos con el bachillerato, continúan teniendo hijos hasta edades cercanas al final de su período reproductivo.

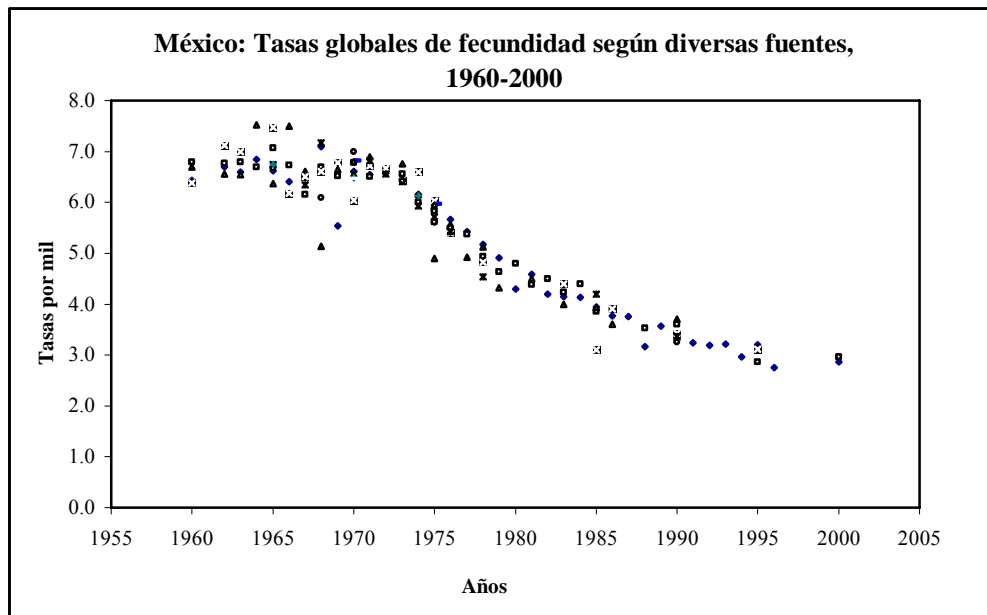
Con los datos analizados en este texto, que hace referencia prácticamente a todas las estimaciones realizadas, tanto en México como en Colombia, es evidente que la fecundidad ha descendido en estos dos países y que este descenso ha estado asociado a cambios sociales de carácter estructural y a un proceso en el cual el control de la fecundidad se generalizó.

En los dos países y en las décadas recientes se han dado una serie de cambios socioeconómicos, que pueden quedar incluidos en todo un proceso de modernización de la sociedad y que han ido acompañados de ampliación de servicios de salud y educación y que se

reflejan en un mejoramiento en las condiciones de vida de la población, esto a pesar de que las disparidades entre grupos sociales son hasta la fecha muy importantes. Son hechos objetivos la disminución del analfabetismo y el incremento de la escolaridad por una parte y por otra reducciones en la mortalidad infantil y en la mortalidad materna. Es por esto que se considera que el cambio en el comportamiento reproductivo de las mujeres, es una expresión de una serie de transformaciones profundas que impacta lo que se refiere a normas, valores y actitudes respecto al tamaño de la familia.

La puesta en marcha y el desempeño exitoso de programas de planificación familiar que responden a la demanda de una población femenina que desea limitar su número de hijos, la participación de la mujer en el mercado laboral y los importantes incrementos en el nivel educativo de la mujer, que transforma sus percepciones y objetivos de corto, mediano y largo plazo en su vida, son elementos que explican la transformación reproductiva que se manifestó en los países analizados, ya avanzada la segunda mitad del siglo XX.

Gráfica No. 4.20



Fuente: Cuadro No. 4.12.

Cuadro No. 4.12

MÉXICO: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS FUENTES, 1960-1990

1960	6.43 ^{1/}	6.79 ^{2/}	6.69 ^{3/}	6.38 ^{4/}																	
1962	6.70 ^{5/*}	6.77 ^{5a/}	6.56 ^{17a/}	7.12 ^{5b/}																	
1963	6.59 ^{6/*}	6.79 ^{5a/}	6.54 ^{17a/}	6.99 ^{5b/}																	
1964	6.85 ^{5a/}	6.70 ^{17a/}	7.52 ^{5b/}																		
1965	6.62 ^{1/}	7.07 ^{2/}	6.37 ^{4/}	7.47 ^{7/}	6.74 ^{5a/}	6.67 ^{17a/}	6.67 ^{5b/}	6.74 ^{17b/}													
1966	6.40 ^{5a/}	6.73 ^{17a/}	7.50 ^{5b/}	6.18 ^{17b/}																	
1967	6.55 ^{5/*}	6.15 ^{5a/}	6.61 ^{17a/}	6.50 ^{5b/}	6.34 ^{17b/}																
1968	7.09 ^{8/*}	6.70 ^{6/*}	5.14 ^{5a/}	6.60 ^{17a/}	7.17 ^{5b/}	6.09 ^{17b/}															
1969	5.54 ^{5a/}	6.52 ^{17a/}	6.64 ^{5b/}	6.78 ^{17b/}																	
1970	6.61 ^{1/}	6.78 ^{2/}	6.54 ^{3/}	6.04 ^{4/}	6.56 ^{9/}	7.00 ^{10/}	6.48 ^{17a/}	6.82 ^{5b/}	6.47 ^{17b/}	6.79 ^{19/}											
1971	6.54 ^{10/}	6.51 ^{17a/}	6.90 ^{5b/}	6.72 ^{17b/}	6.82 ^{19/}																
1972	6.65 ^{10/}	6.60 ^{17a/}	6.62 ^{5b/}	6.67 ^{17b/}	6.55 ^{19/}																
1973	6.45 ^{10/}	6.56 ^{11/}	6.76 ^{17a/}	6.42 ^{5b/}	6.40 ^{17b/}	6.42 ^{19/}															
1974	6.15 ^{8/*}	6.00 ^{10/}	6.15 ^{11/}	6.59 ^{17a/}	5.93 ^{5b/}	6.13 ^{17b/}	6.13 ^{19/}														
1975	5.61 ^{1/}	5.61 ^{12/}	4.90 ^{7/}	6.03 ^{10/}	5.72 ^{11/}	5.88 ^{9/}	5.83 ^{17/}	5.96 ^{17a/}	5.37 ^{5b/}	5.94 ^{17b/}	5.83 ^{19/}										
1976	5.66 ^{11/}	5.49 ^{10/}	5.56 ^{17a/}	5.40 ^{5b/}	5.42 ^{17b/}	5.5 ^{19/}															
1977	5.43 ^{17a/}	5.37 ^{17b/}	4.92 ^{19/}																		
1978	5.18 ¹³	4.94 ^{17/}	5.13 ^{17a/}	4.82 ^{17b/}	4.54 ^{19/}																
1979	4.91 ¹³	4.63 ^{17b/}	4.32 ^{19/}																		
1980	4.30 ^{19/}	4.8 ^{7a/}																			
1981	4.59 ^{14/*}	4.38 ^{19/}	4.5 ^{7a/}																		
1982	4.20 ^{15/}	4.5 ^{7a/}																			
1983	4.00 ^{22/*}	4.15 ^{15/}	4.23 ^{16/}	4.4 ^{7a/}																	
1984	4.13 ^{16/}	4.4 ^{7a/}																			
1985	3.94 ^{14/*}	3.85 ^{15/}	3.93 ^{16/}	3.91 ^{7/}	4.2 ^{7a/}																
1986	3.77 ^{15/}	3.89 ^{16/}	3.6 ^{7a/}	3.9 ^{21/}																	
1987	3.75 ²²																				
1988	3.16 ^{20/*}	3.53 ²²																			
1989	3.57 ²²																				
1990	3.30 ^{14/*}	3.60 ^{15/}	3.7 ^{7a/}	3.43 ^{18a/}	3.37 ^{18b/}	3.25 ²²															
1991	3.24 ²²																				
1992	3.19 ²³																				
1993	3.21 ²³																				
1994	3.2 ²¹	2.96 ²³																			
1995	2.86 ²³	3.16. ²⁴	3.12 ^{24a}																		
1996	2.75 ²³																				
2000	2.86 ^{24b}	2.96 ^{24c}																			

NOTA: * Las fuentes marcadas con asterisco indican tasas de período, siendo éstos los siguientes:

PERIODO

- 1962: 1960-1964
- 1963: 1960-1965
- 1967: 1965-1969
- 1968: 1967-1969 y 1965-1970
- 1974: 1973-1975
- 1981: 1980-1981
- 1983: 1980-1985
- 1985: 1980-1990
- 1988: 1985-1990
- 1990: 1989-1990

FUENTES

- 1/ DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, varios años.
- 2/ DAVIDSON, Maria (s.f.): Fertility Trends and Differentials in Mexico, 1950-1970, International Statistical Programs Center, U.S., Bureau of the Census, (mimeo).
- 3/ ROWE, Patricia (1979): Country Demographic Profiles, 14, "México", U.S., Bureau of the Census, Washington, D.C.
- 4/ PILLET, Bernard (1980): Fertility Changes in the Early Decades of Rapid Socioeconomic Development: A Statistical Description of the Recent Mexican Experience (tesis doctoral), Stanford University, Stanford.
- 5/ CELADE (1980): La fecundidad en México, estimación de niveles y tendencias, 1950-1979. Santiago de Chile (mimeo). Se aplicó el método de hijos propios a la información del censo de 1970 y se obtuvieron tasas para el período 1955-1969.
- 5a/ CELADE (1980): Op. cit. Estimaciones con base en el Censo de 1970, aplicando el método de hijos propios. Citado en Figueroa, B.(comp.) La fecundidad en México. Cambios y Perspectivas. CEDDU-El Colegio de México.
- 5b/ CELADE (1980): Citado en Figueroa, B.(comp.) op.cit.
- 6/ MIER Y TERAN, Marta (1982): Evolution de la population mexicaine a partir des donnes des recensements:1895-1970, (tesis doctoral) Faculté des Etudes Superieures, Université de Montréal, Canadá.
- 7/ PAZ G., L. (1992): Estimaciones inéditas, con base en la información censal.
- 7a/ PAZ G., L. (1992): Estimaciones inéditas, con base en nacimientos de la DGE.
- 8/ SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO (1979): Encuesta Mexicana de Fecundidad. Primer Informe Nacional. Coordinación General del Sistema Nacional de Información, T.I. México.
* En el grupo 45-49 corresponde a la tasa de 1975.
- 9/ INEGI, CONAPO y CELADE (1983): México: estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2000.
- 10/ Planificación Familiar (1980): "Estimaciones de fecundidad y mortalidad a nivel nacional"; Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad Mortalidad, sept.-dic., 1979.
- 11/ WELTI, Carlos (1982): "Algunos factores asociados al cambio demográfico de la fecundidad en México en un período reciente", en Los factores del cambio demográfico en México; IIS-UNAM.
- 12/ LAILSON LARA, José H.(1980): "Análisis de la estructura de la fecundidad en México, 1975-1976", en Revista de Estadística y Geografía, 1, No.4.
- 13/ NUÑEZ, Leopoldo (1989): "México: las Encuestas Nacionales en la estimación de los niveles de la fecundidad", en Figueroa, C. Beatriz (comp), La fecundidad en México. Cambios y Perspectivas. CEDDU-El Colegio de México.
- 14/ WELTI, C. (1992): Estimaciones inéditas con base en datos censales de 1980 y 1990.
* Promedio entre 1980-1981 y 1989-1990.
- 15/ CAMARGO V., L. (1992): Estimaciones inéditas, con base a la información de estadísticas vitales del RENAPO (nacimientos reconstruidos).
* Para 1990 las tasas se estimaron con los nacimientos registrados.
- 16/ WELTI, C. y GRAJALES, A.(1989): Cambios recientes en la fecundidad en México: tendencias recientes y evaluación programática. CONAPO-Population Council.
* En todos los años se asignó al grupo 45-49 el valor de la tasa observada en 1986.
- 17/ NUÑEZ, L. y D. MENDOZA (1982): "Tendencias de la Fecundidad a Nivel Nacional 1970-1979", en Martínez M. Jorge (ed.). La Revolución Demográfica en México 1970-1990. IMSS.
- 17a/ NUÑEZ, L. y D. MENDOZA (1982): "México: estimación de la fecundidad por el método de los hijos propios". Lecturas en materia de seguridad social, planeación familiar y cambio demográfico. IMSS; citado en Figueroa, B. (comp.) op.cit.
Estimaciones con base en estadísticas vitales.
- 17b/ NUÑEZ, L. y D. MENDOZA (1982): op. cit.
Estimaciones con base en ENP-1979, aplicando el método de Hijos Propios.
- 18/ FIGUEROA, Beatriz (1992): "Los niveles de la fecundidad en el decenio 1980", en Demos-92 (en prensa).
18a/ Estimaciones con base en estadísticas vitales.
18b/ Estimaciones con base en datos censales de 1990.
- 19/ CONAPO (1983): "Estimación del nivel de la fecundidad según la Encuesta Nacional Demográfica". Proyecto: Revisión de los niveles actuales de fecundidad y mortalidad en México. Secretaría de Gobernación, México (mimeo). Citado en Figueroa, B. (comp.) op.cit.
Estimaciones con base en la Historia de Nacidos Vivos de la END82 (tasas ajustadas por promedios móviles trienales).
- 20/ ORDORICA, Manuel (s.f): "Diagnóstico y pronóstico de la fecundidad", en Jorge Martínez Manatou (Ed.):

Población de México a fines del siglo XX. Metodología de las proyecciones, IMSS, México, pp.138 (hipótesis programática).

21/ Cálculos propios.

22/ INEGI. ENADID-92.

23/ INEGI. ENADID-97.

24/ WELTI, C. COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DE LA ENSAR-2003. Inédito. Cuadro No. 1. Cálculos del autor con base en los datos de la ENSAR-2003

24a/ Ibidem. Cuadros No. 1. Tasa trianual 1994-96. Nacimientos registrados en el periodo 1995-2002.

24b/ Ibidem. Cuadro No 2, Cálculos del autor con base en los datos de la ENSAR-2003

24c/ Ibidem. Cuadro No 2, Tasa trianual 1999-2001. Nacimientos registrados en el periodo 2000-2002.

4.4. Cambios de la fecundidad entre 1986 y 1995

Los procesos descritos en el apartado anterior sirven como antecedente para analizar con mayor detenimiento lo que sucedió en los años más cercanos al final del siglo XX a partir de la información de un par de encuestas realizadas en cada país en el periodo comprendido entre 1987 y 1995 en el caso de México y de 1986 a 1995 en Colombia. La información proviene de las Encuestas Nacionales de Fecundidad y Salud de México y de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de Colombia.

Una vez que la fecundidad en los dos países disminuyó sustantivamente, se observa que se ha dado una desaceleración en su ritmo de descenso. Parece ser que en la etapa de transición a la baja de la fecundidad, este sería un escenario posible, ya observado en otras sociedades en las cuales la fecundidad cayó a un ritmo acelerado y posteriormente pasó a un periodo de estancamiento para continuar después con un lento descenso. Este ha sido el caso de Costa Rica en América Latina y Corea del Sur y Tailandia en Asia, cuyos procesos han sido analizados con detalle (Knodel, Chayovan y Frisen, 1988; Gendell, 1989). Una amplia gama de factores demográficos y no demográficos contribuyen a explicar este cambio de ritmo. La fecundidad baja más rápidamente cuando las tasas iniciales son altas, en virtud de que el número ideal de hijos, está significativamente por debajo de la fecundidad observada y puede ser más fácilmente alcanzado una vez que los anticonceptivos están disponibles, este hecho tiene un efecto multiplicador al difundirse nueva información y nuevas ideas respecto al tamaño de las familias, por lo tanto la fecundidad cae aceleradamente. Un factor demográfico adicional lo constituye la mayor sobrevivencia de los hijos, producto de la baja de las tasas de mortalidad infantil, que haría que el tamaño final de las familias se incrementara si no se recurriera a la anticoncepción, la demanda de métodos de limitación de los nacimientos crece considerablemente y esta demanda es satisfecha en forma importante por las

instituciones dedicadas a ofrecer servicios de planificación familiar principalmente de carácter público, como en el caso de México, o por organizaciones privadas como en el caso de Colombia.

La disminución muy significativa de las tasas se origina también en la transformación del “calendario” de la fecundidad, que hace que se posponga el nacimiento del primer hijo, pero si bien las mujeres posponen este evento, más tarde deciden tener a su primer hijo y por tanto el aporte a la fecundidad total, una vez que se difirió este nacimiento, se concreta en otro momento y se refleja en las tasas de fecundidad. En términos simples esto significa que cuando se incrementa la edad promedio a la cual las mujeres tienen a sus hijos, la Tasa Global de Fecundidad baja temporalmente, incluso si a la larga las mujeres alcanzan el mismo tamaño de familia que en el pasado. Cuando el tamaño ideal de familia desciende y la edad de tener los hijos se modifica, es que se producen los descensos más significativos en la fecundidad; sin embargo, está no es una tendencia que se produzca de manera sostenida y por tanto, no puede ser que la fecundidad descienda de manera constante, al menos no hasta que haya un cambio drástico en el número ideal de hijos, similar al que se observa en algunos países de Europa.

Por otra parte, las causas de esta desaceleración en la tendencia a la baja, en Colombia y México, parecen estar relacionadas también, con una contracción de las actividades de los programas de planificación familiar que después de un intenso despegue reducen sus acciones, como resultado de limitaciones en la asignación de recursos presupuestales a estas actividades y un cambio de prioridades en el caso de políticas públicas, ya que en algunos países, una vez que se percibe que la tasa de fecundidad ha descendido se supone que los problemas asociados al crecimiento demográfico desaparecen.

Tanto en Colombia como en México, las actividades que tuvieron como objetivo ampliar la oferta de métodos de planificación familiar parecieron haberse reducido con el avance de los años 80 y la entrada a la última década del siglo XX, es tal la situación que especialistas en la materia anotaron que para el caso de México “los problemas de desabasto general de medicamentos por la crisis que atraviesa el país, hacen temer un estancamiento grave en los índices de prevalencia (en la práctica anticonceptiva)” (López Juárez y Porras, 1996).

Al comparar las tasas específicas de fecundidad derivadas de las dos encuestas en cada uno de los países analizados, es posible tener un panorama claro del cambio ocurrido en Colombia y México.

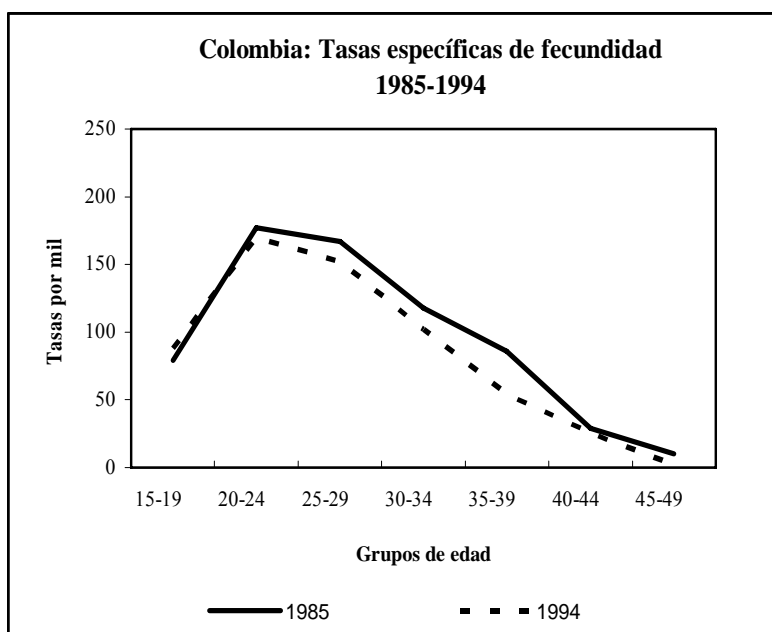
Como es evidente, la comparación entre las tasas de fecundidad de las encuestas, no incluye la información del año en que se realizó la encuesta, la razón es que no se hacen estimaciones para el año en el cual se hace el levantamiento de las encuestas por cuanto se ha constatado que es posible llegar a una sobrestimación de la fecundidad en el año de referencia de la encuesta ya que se tiene una mayor probabilidad de entrevistar a mujeres que han tenido un hijo recientemente y que simplemente por este hecho, tienen que permanecer en sus hogares al cuidado de sus hijos, lo que no sucede con aquellas mujeres que han tenido hijos años previos y por lo tanto no necesariamente se encuentran en sus hogares en el momento de la entrevista. Autores, como Ordorica y Potter, (1981) también han analizado el origen de este incremento de la fecundidad en los años más cercanos a la encuesta y consideran que hay un “corrimiento” de las fechas de nacimiento del hijo más reciente hacía la fecha de la encuesta y por tanto se puede producir una sobreestimación de las tasas.

Los cambios en la Tasa Global de Fecundidad de México entre 1986 y 1994 muestran que en estos años se produjo una disminución en el ritmo del descenso de la fecundidad (ver cuadro No. 4.14), la baja en la tasa global ha sido en promedio de 2.2 por ciento anual. Por su parte, en Colombia la tendencia a disminuir lentamente es más clara y tan solo alcanza el 1.1 por ciento anual entre 1986-95.

En la evolución de las tasas específicas por edad, los cambios en cada una de ellas muestran el impacto de los factores que han intervenido en el descenso, de tal manera que las bajas más importantes se presentan conforme se avanza a través de las edades del periodo reproductivo, lo que refleja que al alcanzar su número ideal de hijos, las mujeres usan en mayor proporción anticonceptivos y particularmente, se hace evidente el hecho de muchas de ellas recurren cada vez más a la limitación definitiva de los nacimientos, lo que hace que después de los 35 años la fecundidad no sólo sea cada vez menor en sucesivas observaciones transversales, sino que además, se acerque a cero o incluso en el grupo de mujeres de 45 a 49 años llegue a este valor, lo que por otra parte, debe ser tomado con precaución por provenir de una estimación basada en una encuesta. Si bien las mujeres mayores de 45 años, que son base de esta estimación, no reportaron hijos, según las estadísticas de nacimientos en Colombia y México, menos del uno por ciento de las mujeres en este grupo de edad declararon haber tenido hijos en los años recientes que corresponden al corte transversal de referencia, es decir, 1995.

Entre las mujeres mexicanas menores de 20 años, la fecundidad presenta una ligera reducción, pero no en el caso de Colombia, se observa un ligero repunte, que ya se hacía evidente a través de otros datos y que la información más reciente confirma, de tal manera que la fecundidad de las mujeres menores de 20 años no parece haber disminuido desde la década de los años 80 hasta muy recientemente. Vale la pena mencionar que los valores que se derivaron de la encuesta realizada en el año 2000 muestran una tasa de 85 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años, situación que resulta especialmente significativa en materia de atención a la población más joven de Colombia.

Gráfica No. 4.21



Fuente: Cuadro No. 4.13.

Cuadro No. 4.13

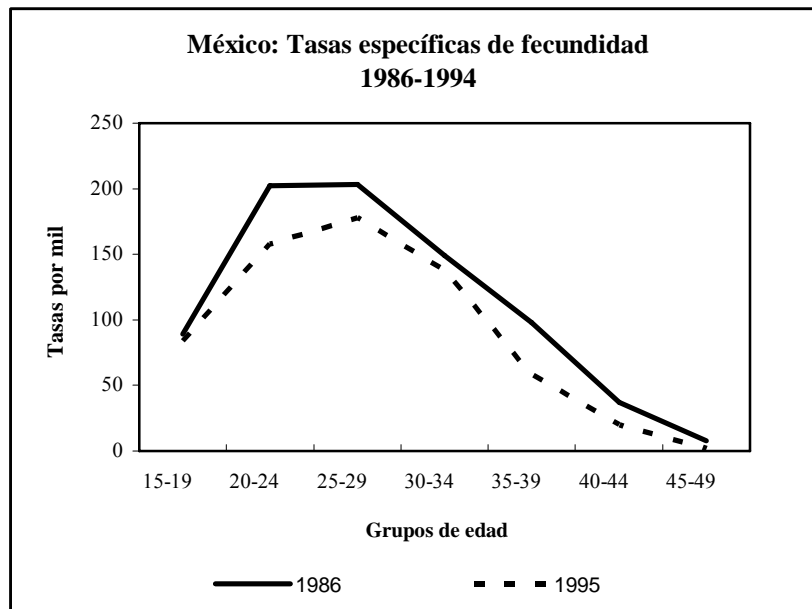
**COLOMBIA: CAMBIO PORCENTUAL DE LA FECUNDIDAD
PARA LOS AÑOS 1986 - 1994.**
(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	1985	1994	CAMBIO PORCENTUAL	
			85-94	Anual
15-19	79	88	12.7	1.4
20-24	177	170	-2.3	-0.3
25-29	167	152	-11.4	-1.3
30-34	118	102	-14.4	-1.6
35-39	86	54	-34.9	-3.9
40-44	29	25	-13.8	-1.5
45-49	10	2	-80.0	-8.9
T.G.F	3.3	3.0	-9.9	-1.1

TGF= Tasa Global de Fecundidad

Fuente: Historia de Nacimientos de la Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, CCRP, 1986. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995. PROFAMILIA, 1995.

Gráfica No. 4.22



Fuente: Cuadro No. 4.14.

Cuadro No. 4.14

**MEXICO: CAMBIO PORCENTUAL DE LA FECUNDIDAD
PARA LOS AÑOS 1986 - 1994.**

(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	1986	1994	CAMBIO PORCENTUAL	
			86-94	Anual
15-19	89	84	-5.6	-0.7
20-24	202	157	-22.3	-2.8
25-29	203	178	-12.3	-1.5
30-34	149	139	-6.7	-0.8
35-39	98	57	-41.8	-5.2
40-44	37	21	-43.2	-5.4
45-49	8	2	-75.0	-9.4
T.G.F	3.9	3.2	-17.5	-2.2

TGF= Tasa Global de Fecundidad

Fuentes: Historias de embarazos de las Encuestas Nacionales de Fecundidad y Salud, 1987 y de la Encuesta Nacional de Planificación familiar, 1995.

En resumen, a partir del nivel de la fecundidad en el periodo analizado, se estima que en 1986, las mujeres mexicanas tenían al final de su vida reproductiva 3.9 hijos, en tanto que en 1994, tenían 3.2 hijos y si bien se nota una baja en este indicador, no es de la magnitud que se daba en décadas pasadas. De igual manera, las mujeres colombianas, en 1985 tenían al final de su vida reproductiva 3.3 hijos y en 1994 3.0 hijos, lo que sin duda muestra también que la caída de la fecundidad se ha desacelerado en este período analizado y los valores de la Tasa Global de Fecundidad muestran que la magnitud de este indicador es cada vez más similar entre los dos países.

4.4.1. La Fecundidad Marital

Debe recordarse que en el cálculo de las tasas específicas de fecundidad general, el denominador lo constituye el total de mujeres en cada rango de edad, sin embargo, una proporción de esta población en estricto sentido no se encuentra “expuesta al riesgo de concebir”, simplemente porque no ha establecido una unión conyugal. Es además claro que en unión conyugal, al tener relaciones sexuales las probabilidades de las mujeres unidas de quedar embarazadas se incrementan,

por esta razón, el nivel y evolución de las tasas generales reflejan el resultado de un fenómeno que está siendo afectado tanto por los patrones de formación de las uniones conyugales como por el control de los nacimientos. Una manera de observar más detenidamente el fenómeno de la reproducción entre parejas conyugales, es concentrarse en la fecundidad de las mujeres unidas, a través del cálculo de tasas de fecundidad marital. Esta medición resulta especialmente útil cuando se analizan diferencias en la fecundidad entre grupos socioeconómicos, ya que éstas en gran medida se originan en las diferencias en la edad a la primera unión como ya se mencionó en otro apartado, de tal manera que las diferencias a partir de la fecundidad marital adquieren otra magnitud. Como es claro entonces, una vez que se elimina a la población femenina no unida del cálculo de las tasas, los valores de éstas se incrementan de forma importante.

Las curvas que representan las tasas maritales de fecundidad por edad son desde luego distintas a las que representan a la fecundidad general; los valores más altos se observan entre las mujeres más jóvenes, incluso, es posible observar que las mujeres unidas menores de 20 años tienen la fecundidad más elevada porque una vez que se unen deciden tener hijos muy en el corto plazo, o bien, porque una proporción significativa de éstas se unen porque estaban ya embarazadas antes de la unión. Esta situación de muy alta fecundidad marital en las mujeres más jóvenes es especialmente clara entre poblaciones en las que la prevalencia en el uso de anticonceptivos no es muy elevada.

La fecundidad marital muestra una caída entre 1986 y 1995 en los dos países. Un hecho que llama la atención lo constituye el significativo descenso en términos absolutos de la fecundidad de las mujeres unidas menores de 20 años, ya que ésta se reduce en alrededor de una tercera parte de su valor inicial en el periodo (algo más que esto, en el caso de México ya que este descenso es cercano al 40 por ciento). En otras palabras, parece evidente el control de la fecundidad al interior de las uniones conyugales, que se inicia tempranamente; incluso, más allá de que se pudieran dar cambios en la edad a la primera unión que hicieran crecer la proporción de mujeres solteras y por tanto afectar la fecundidad a edades muy jóvenes, la fecundidad marital, no obstante ser todavía elevada, se encuentra en sostenido descenso.

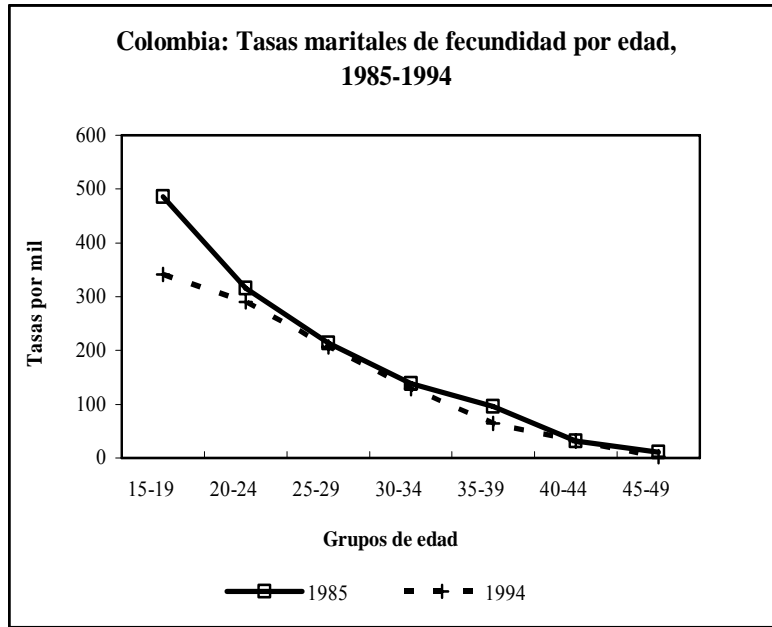
Un hallazgo especialmente significativo es que si bien la fecundidad marital antes de los 20 años baja de forma considerable, la fecundidad general apenas desciende en el caso de México o incluso se incrementa en el caso de Colombia. Los resultados obtenidos permiten suponer que todavía una proporción importante de las mujeres jóvenes decide tener hijos independientemente de su estado conyugal, pero muy probablemente aquellas que se unen, deciden posponer el nacimiento

de un hijo, o aquellas que han tenido un hijo, posponen el nacimiento del segundo, lo que se refleja en las tasas de fecundidad marital. El descenso de la fecundidad es evidente, pero una significativa proporción de las mujeres colombianas siguen siendo madres a edades muy jóvenes.

En la exploración de este fenómeno de elevada fecundidad adolescente, he podido detectar a través de entrevistas individuales en Colombia, que el inicio temprano de la maternidad en los sectores sociales más rezagados, parece relacionado con una estrategia de parte de las mujeres que lleve al inicio de una unión conyugal una vez que se embarazan, ante la dificultad de encontrar una pareja; entre otras cosas, por el déficit de hombres en algunas regiones del país, producto de la elevada migración y la mortalidad masculina. Estrategia por cierto, poco exitosa para la formación de uniones estables, ya que las pocas mujeres que llegan a unirse una vez que están embarazadas, al poco tiempo se separan de su pareja conyugal. Por otra parte, las nuevas generaciones si bien tienen un mayor nivel de escolaridad, carecen de expectativas laborales y por lo tanto, la maternidad se convierte en un proyecto central de vida ya que, ser madre significa un reconocimiento social en la familia o el grupo al que pertenecen.

Otros cambios significativos los presentan las mujeres mayores de 34 años, la explicación se encuentra, como ya se mencionó, en la limitación definitiva de la fecundidad cuando ya se ha completado el número de hijos que se desean tener. Llama la atención que en México el grupo 30-34 mantiene su nivel de fecundidad marital, lo que lleva a pensar que las mujeres están posponiendo el nacimiento de sus hijos hasta estas edades.

Gráfica No. 4.23



Fuente: Cuadro No. 4.15.

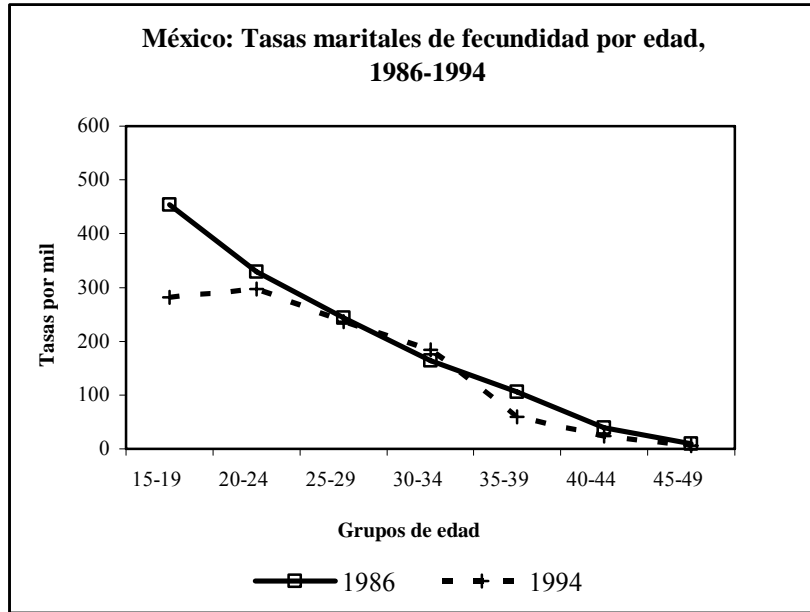
Cuadro No. 4.15

**COLOMBIA: CAMBIO PORCENTUAL DE LA FECUNDIDAD MARITAL
PARA LOS AÑOS 1985 - 1994.**
(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	1985	1994	CAMBIO PORCENTUAL
			1985-94
15-19	486	341	-29.8
20-24	316	290	-8.2
25-29	214	207	-3.3
30-34	139	129	-7.2
35-39	96	64	-33.3
40-44	32	31	-3.1
45-49	11	3	-72.7
T.G.F	6.5	5.3	-17.7

Fuente: Historia de Nacimientos de la Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, CCRP. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995. Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana. PROFAMILIA.

Gráfica No. 4.24



Fuente: Cuadro No. 4.16.

Cuadro No. 4.16

MÉXICO: CAMBIO PORCENTUAL DE LA FECUNDIDAD MARITAL PARA LOS AÑOS 1986 - 1994.
(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	1986	1994	CAMBIO PORCENTUAL
			1986-94
15-19	454	281	-38.1
20-24	329	297	-9.7
25-29	244	237	-2.9
30-34	164	184	12.2
35-39	106	60	-43.4
40-44	39	24	-38.5
45-49	9	2	-77.8
T.G.F	6.7	5.4	-18.9

Fuentes: Historias de embarazos de las Encuestas Nacionales de Fecundidad y Salud, 1987 y de la Encuesta Nacional de planificación familiar, 1995.

4.4.2. Fecundidad y escolaridad

El nivel de fecundidad estimado en el periodo que se analiza, muestra el proceso de evolución a la baja con los datos de todas las encuestas. A pesar de las variaciones propias de las estimaciones basadas en muestras probabilísticas que hacen que los valores que se derivan de cada encuesta estén sujetos a un error muestral, el descenso es un hecho incontrovertible. Pero más allá de esto, el análisis de las tendencias generales no permite distinguir el carácter diferencial de este descenso entre los diversos grupos que conforman la población en cada uno de los dos países que constituyen el objeto de estudio de esta investigación y la más importante manifestación diferencial de este proceso es la baja de la fecundidad entre distintos grupos según la escolaridad de las mujeres.

En un primer análisis, se ha estimado la fecundidad para cuatro diferentes grupos de escolaridad: mujeres que no asistieron a la escuela, aquellas que asistieron a la escuela primaria pero que sólo alcanzaron a terminar hasta el tercer año de primaria, quienes tienen entre 4 y 6 años de escolaridad y quienes tienen 7 o más años de escolaridad. La justificación de este agrupamiento se hace en otra parte del texto, por lo que no parece necesario repetirla en este apartado.

En los dos cortes transversales ubicados en los años 80's y 90's, los resultados permiten intentar explicaciones sobre los factores que pueden estar en el origen de la relación entre fecundidad y escolaridad de la mujer.

Para el caso de Colombia la relación es tal que, de manera sistemática, conforme a lo esperado, a medida que se incrementa el nivel de escolaridad de la mujer su fecundidad disminuye. Destaca el hecho de que las diferencias en el paso de uno a otro nivel son muy similares, alrededor de un hijo en la Tasa Global de Fecundidad, es decir no se aprecia como en otros contextos sociales la existencia de un claro umbral de cambio. Para México, aunque se percibe que con el aumento de la educación la fecundidad disminuye, entre los grupos con los menores niveles de escolaridad según los datos de 1986, no hay prácticamente diferencia y en la segunda observación (1994), las mujeres que completaron los primeros años de primaria muestran una fecundidad superior que aquellas que no asistieron a la escuela. Un análisis detallado de las tasas específicas de fecundidad muestra algunos de los posibles orígenes de esta situación en la medida en que la fecundidad en algunos grupos de edad entre las mujeres que no asistieron a la escuela es extremadamente baja y más allá de una situación estrictamente demográfica, tendría que ver con el reducido número de

casos que representan las mujeres que no asistieron a la escuela. Las mujeres en este grupo representan el 6.7 por ciento del total. En la encuesta de 1994, las mujeres e 15 a 19 años que no asistieron a la escuela representan sólo el 3.6 por ciento del total de este grupo. Lo que justifica más adelante la inclusión en un solo grupo a las mujeres que o no asistieron a la escuela o no completaron más allá de tres años de primaria.

En Colombia, es evidente que a menor nivel de escolaridad se observa una mayor fecundidad y las diferencias se mantienen sistemáticamente. Otro hallazgo importante es el ligero incremento de la fecundidad de las mujeres con más de 7 años de escolaridad en los dos países, asociado al incremento de la fecundidad en las edades centrales del periodo reproductivo.

Cuando se observan diferencias en la fecundidad según nivel de escolaridad, se piensa que éstas se pueden generar en los patrones de formación de las uniones conyugales y concretamente en las diferencias en la edad a la primera unión, por lo que resulta importante observar la fecundidad de las mujeres unidas. Las diferencias se mantienen pero adquieren otra dimensión por grupos de edad, de tal manera que entre las mujeres más jóvenes se reducen proporcionalmente respecto a las observadas en la fecundidad general. Es decir, la incidencia del matrimonio explica una parte de las diferencias en la fecundidad según escolaridad, pero desde luego que la fecundidad marital es también claramente diferencial y refleja un control deliberado de los nacimientos a través de la anticoncepción como se constatará con los datos analizados en otra parte del texto.

Cuadro No. 4.17
COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD 1985 - 1994
(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD							
	0 años		1 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +	
	1986	1994	1986	1994	1986	1994	1986	1994
15-19	186	167	133	202	87	141	54	51
20-24	298	301	259	253	216	219	118	128
25-29	278	194	224	181	157	154	126	143
30-34	197	201	135	117	118	98	95	93
35-39	107	70	92	75	78	50	52	43
40-44	41	66	43	37	54	20	22	11
45-49	10	0	15	3	7	5	8	0
T.G.F	5.6	5.0	4.5	4.3	3.6	3.4	2.4	2.3

T.G.F = Tasa global de fecundidad

Fuente: Historias de nacimientos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, de 1986 y de 1995.

Cuadro No. 4.18

COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL POR EDAD
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, 1986-1994
(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD							
	0 años		1 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +	
	1986	1994	1986	1994	1986	1994	1986	1994
15-19	564	381	475	445	422	389	538	272
20-24	439	386	319	353	363	303	270	259
25-29	380	283	240	220	176	198	193	207
30-34	189	203	140	138	139	120	121	124
35-39	80	104	101	91	127	59	64	52
40-44	64	62	34	44	14	23	24	13
45-49	10	8	15	3	10	6	0	0
T.G.F	8.6	7.1	6.6	6.5	6.3	5.5	6.1	4.6

T.G.F = Tasa global de fecundidad

Fuente: Historias de nacimientos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, de 1986 y de 1995.

Cuadro No. 4.19**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, 1986 - 1994.**

(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD							
	0 años		1 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +	
	1986	1994	1986	1994	1986	1994	1986	1994
15-19	217	136	195	275	128	111	59	57
20-24	298	251	278	216	227	176	154	140
25-29	267	114	265	187	193	152	141	194
30-34	229	159	185	170	164	149	98	133
35-39	136	53	135	81	65	50	56	33
40-44	77	36	48	10	14	32	6	1
45-49	28	8	14	0	8	0	2	0
T.G.F*	6.3	3.8	5.6	4.7	4.0	3.4	2.6	2.8

T.G.F = Tasa global de fecundidad

Fuente: Historias de embarazos de la Encuesta Nacional Fecundidad y Salud, 1987 y de Planificación Familiar, 1995.

Cuadro No. 4.20**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL POR EDAD SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, 1986 - 1994.**

(tasas por mil)

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD							
	0 años		1 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +	
	1986	1994	1986	1994	1986	1994	1986	1994
15-19	443	506	468	558	396	265	397	238
20-24	323	309	338	358	321	256	349	319
25-29	285	137	274	236	235	175	243	281
30-34	243	189	185	216	141	178	118	180
35-39	136	65	138	91	77	57	71	44
40-44	74	46	48	11	17	36	16	10
45-49	28	10	17	0	4	0	2	0
T.G.F*	7.7	6.3	7.3	7.4	6.0	4.8	6.0	5.4

TGF = Tasa global de fecundidad

Fuente: Historias de embarazos de la Encuesta Nacional Fecundidad y Salud, 1987 y de Planificación Familiar, 1995.

4.4.3. Fecundidad por generaciones

Las estimaciones transversales de la fecundidad permiten observar su evolución al hacer comparaciones a través del tiempo, pero debe tenerse presente que los indicadores resumen como la Tasa Global de Fecundidad representan la experiencia de un conjunto de mujeres de diversas edades que constituyen lo que se denomina una “cohorte sintética”, que combina las experiencias de varias cohortes reales, de manera tal que sólo conocemos el comportamiento de una cohorte real si la observamos longitudinalmente conforme avanza a lo largo de su periodo reproductivo, o bien nos acercamos a este conocimiento a través de estimaciones transversales sucesivas que si se realizan por ejemplo, cada cinco o diez años permiten observar a las mujeres de 15 a 19 años, que diez años después, serán las sobrevivientes ubicadas en el grupo 25 a 29 y así sucesivamente. Afortunadamente, las encuestas de fecundidad que han servido para elaborar el presente análisis, han obtenido información sobre la historia reproductiva de las mujeres entrevistadas, por lo que es posible observar detalladamente la conducta de cohortes reales y por lo tanto conocer la forma en que se modifica su fecundidad.

Con fines comparativos se han seleccionado generaciones de mujeres que corresponden a grupos de mayor edad y que por tanto, han concluido su periodo reproductivo y las que tienen aproximadamente entre 30 y 35 años en la fecha de las encuestas y han avanzado significativamente a través de este periodo, para comparar la fecundidad acumulada hasta los 30 años.

Diversas aproximaciones analíticas son posibles para describir el proceso de cambio y diferenciación generacional de la fecundidad según nivel de escolaridad. Ya que las fuentes centrales de este análisis lo constituyen las encuestas de 1995, la mirada puede concentrarse en la observación del ritmo con el cual las generaciones alcanzan determinado número de hijos a cada edad. A través de estos datos se constata el descenso importante de la fecundidad para la generación más joven y una tendencia hacia la disminución de las diferencias en el número de hijos alcanzado hasta la edad X, es decir la fecundidad acumulada. Sin embargo, es interesante observar para México, la evolución de las diferencias en la fecundidad porque de una diferenciación que se hace cada vez mayor con la edad de las mujeres en la generación 1937-1941, se pasa a la conformación de dos grupos claramente diferenciados en las sucesivas generaciones, hasta llegar a una situación en la cual la baja de la fecundidad en las generación más joven impacta a todos los grupos de

escolaridad y hace que las mujeres con 7 o más años de escolaridad se encuentren ya con una fecundidad por abajo del nivel de reemplazo generacional. Este proceso de diferenciación aunque quizá no es tan claro en Colombia asume también características similares.

La información de las dos encuestas analizadas en cada país para armar un panorama más completo, sugiere que el comportamiento de cada generación resulta de la incorporación de la anticoncepción cada vez en mayor medida y con patrones diferenciales según nivel de escolaridad. Las diferencias en la fecundidad se reducen, pero se percibe una baja más acelerada en la fecundidad en los grupos de mayor escolaridad. En Colombia y México, el comportamiento de la generación 1952-1956 es muy similar y es por cierto esta generación la que ha tenido acceso a la anticoncepción moderna a través de los programas de las organizaciones de la sociedad civil o del gobierno, desde el inicio de su periodo reproductivo.

Tanto en Colombia como en México, la baja en la fecundidad de la generación más joven va acompañada de un proceso de diferenciación de tal forma que las mujeres que no asistieron a la escuela o no completaron la educación primaria constituyen un sólo grupo. Se observa como ya se mencionó un efecto “del periodo” asociado a la disponibilidad de anticonceptivos, pero también un efecto generacional, cuyos orígenes es posible buscar al analizar gráficamente el ritmo del descenso incorporando las cuatro generaciones de mujeres.

Según se observa en las gráficas de la serie analizada, se alcanza a apreciar un cambio en cada generación a una edad cada vez menor del período reproductivo según se observa en las curvas de la fecundidad acumulada. La evolución en la forma de estas curvas muestra que en las primeras edades del período reproductivo no hay una disminución significativa de la fecundidad, incluso entre algunos grupos educacionales, especialmente en el caso de México, se puede observar un ligero incremento de la fecundidad, lo que sugiere que las mujeres de las generaciones más recientes están concentrando su fecundidad en edades jóvenes, pero por otra parte, en los grupos de mayor escolaridad, las mujeres continúan teniendo hijos hasta edades más avanzadas que aquellas con los menores niveles de escolaridad.

Como ya se mencionó, el análisis de la fecundidad general no permite identificar si los cambios se generan en modificaciones en la edad a la primera unión o en el control de los nacimientos al interior de las uniones conyugales. Sin embargo, la observación longitudinal de las generaciones sugiere que el cambio radical que se produce a edades más y más jóvenes se origina en la disminución de la fecundidad marital, lo que al relacionarse con cada una de las generaciones

podría también ser indicativo de un efecto del período como reflejo de las etapas de expansión de los programas de planificación familiar en cada uno de los dos países analizados, en especial si se observa el efecto más temprano en Colombia que en México, tal y como ha ocurrido con el avance de los programas que promueven el espaciamiento y la limitación del número de hijos.

Es posible concentrarse ahora en el análisis de la fecundidad marital para eliminar el efecto que sobre la fecundidad tienen las diferencias en la proporción de mujeres en unión.

Al observar la evolución de la fecundidad marital en las cuatro generaciones analizadas anteriormente, 1937-41, 1945-1949, 1952-56 y 1960-64, las diferencias se hacen cada vez más evidentes entre las generaciones más jóvenes, lo que muestra el efecto del control de los nacimientos entre las parejas conyugales y es notoria la baja en la fecundidad a partir de los 22-23 años entre las mujeres en unión en la mayoría de los grupos educacionales en México, con excepción de las mujeres sin escolaridad en que se empieza a hacer visible hasta poco antes de los 30 años de edad, es decir cuando las mujeres de este grupo tienen ya un número considerable de hijos.

En Colombia, en los niveles extremos de la clasificación educacional, hay una clara diferencia en la fecundidad generacional que se manifiesta desde el inicio del período reproductivo y se mantiene durante todas las edades que incluye este período y que, en las mujeres con primaria incompleta y con primaria completa se manifiesta sólo a partir de los 22 y los 19 años edad respectivamente.

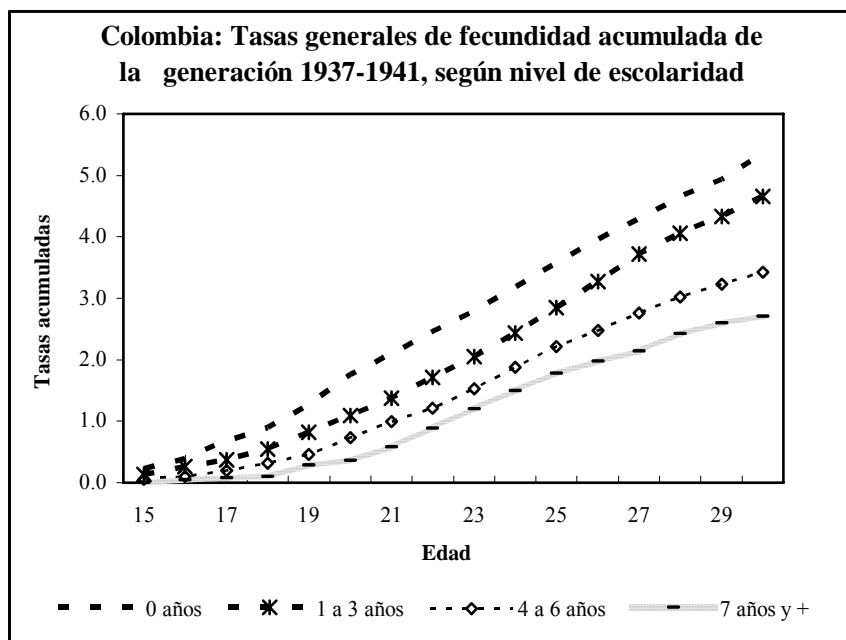
La forma en que evoluciona la fecundidad marital entre las generaciones confirma el efecto de la anticoncepción, que como ya se mostró en el caso de México a través de la incorporación de las mujeres a la anticoncepción eficiente, es claramente diferencial por niveles de escolaridad y que sin duda, según lo sugiere la forma en que se modifican las curvas de la fecundidad, está relacionado con el inicio de acciones intensas en el terreno de la planificación familiar en Colombia y México y deja sentir sus efectos una vez que las mujeres de las nuevas generaciones han logrado determinado número de hijos y sólo entonces empiezan a limitar su fecundidad, incluso de manera definitiva como se constatará en el capítulo dedicado al análisis de la práctica anticonceptiva.

Al comparar la evolución de la fecundidad general con la fecundidad marital se percibe con mayor claridad que la baja de la fecundidad entre las mujeres que no asistieron a la escuela se produce en Colombia por el control de los nacimientos al interior de las uniones, mientras que en México, es posible suponer que la intensificación de las acciones en el terreno de la planificación

familiar, que incorporen a las mujeres que no asistieron a la escuela o que completaron apenas unos años de escolaridad, se manifiesta más tardíamente y es posible suponer que producirá una baja mayor en el nivel de fecundidad.

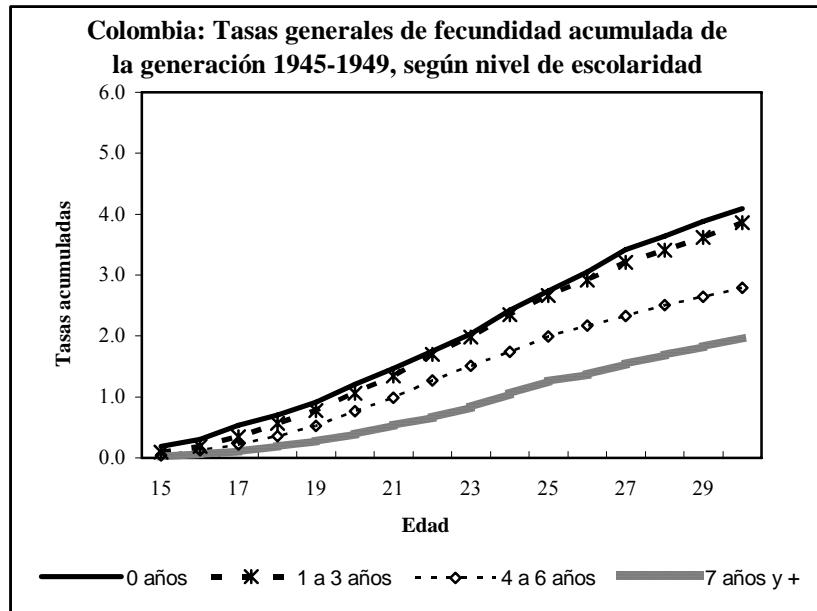
Además, el hecho de que las mujeres más jóvenes muestren una fecundidad similar e incluso superior a la de las mujeres de generaciones anteriores en las primeras edades del período reproductivo, hace evidente la necesidad de implementar acciones que lleven a postergar el inicio de la maternidad, ya que de otra manera la contribución de la fecundidad adolescente a la fecundidad total será cada vez mayor.

Gráfica No. 4.25



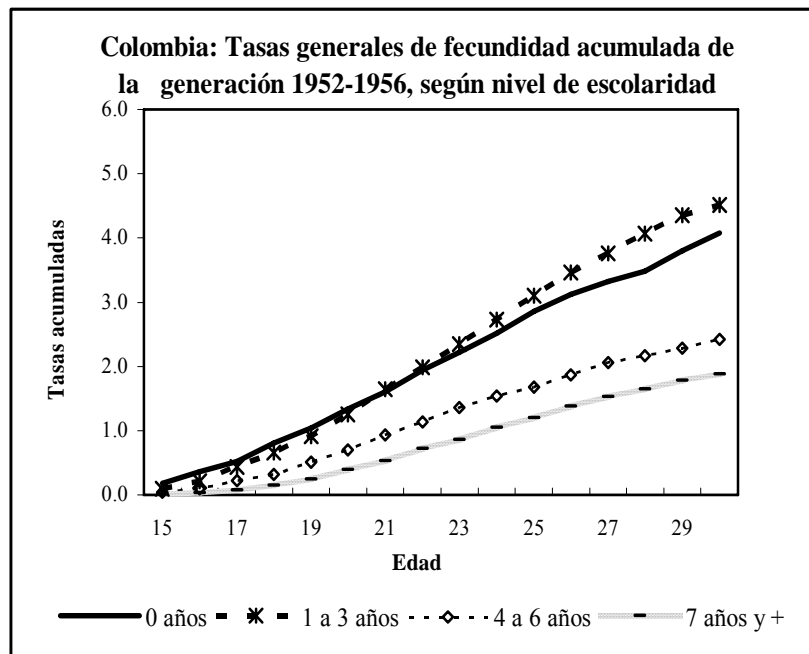
Fuente: Cuadro No. 4.21.

Gráfica No. 4.26



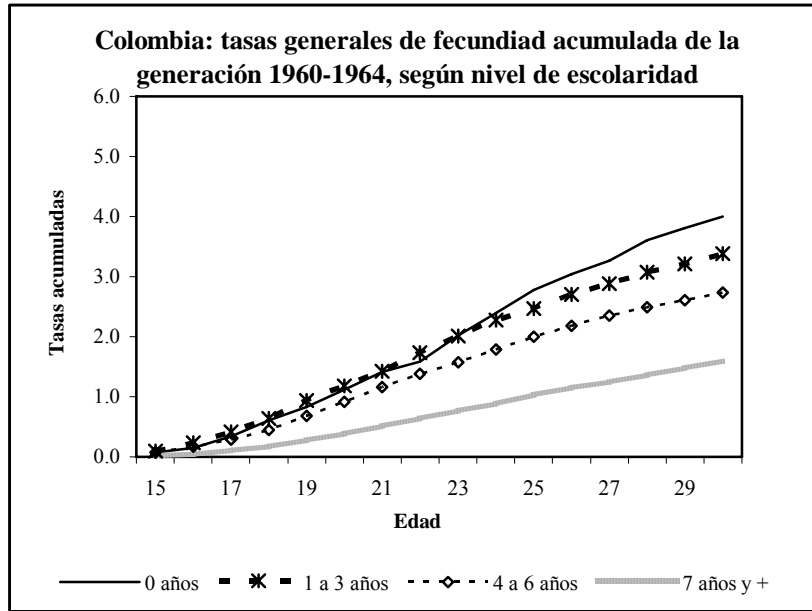
Fuente: Cuadro No. 4.22.

Gráfica No. 4.27



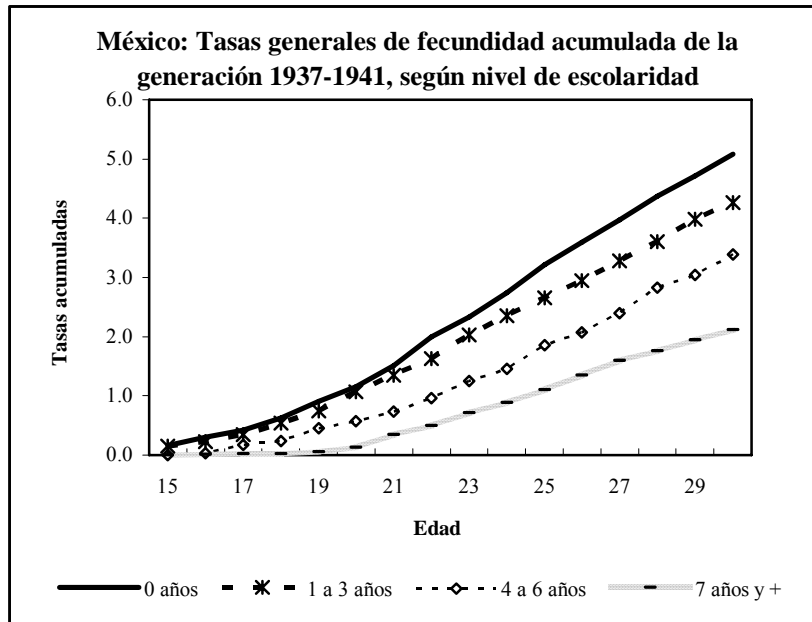
Fuente: Cuadro No. 4.23.

Gráfica No. 4.28



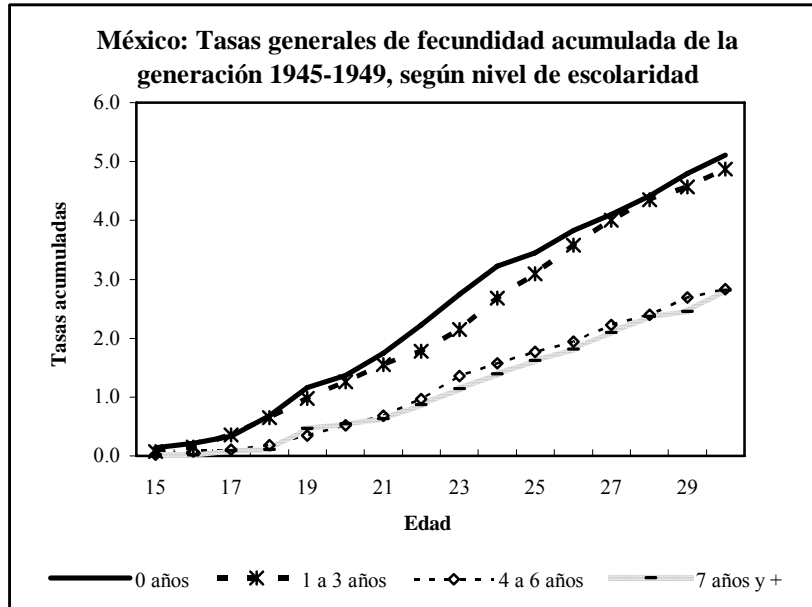
Fuente: Cuadro No. 4.24

Gráfica No. 4.29



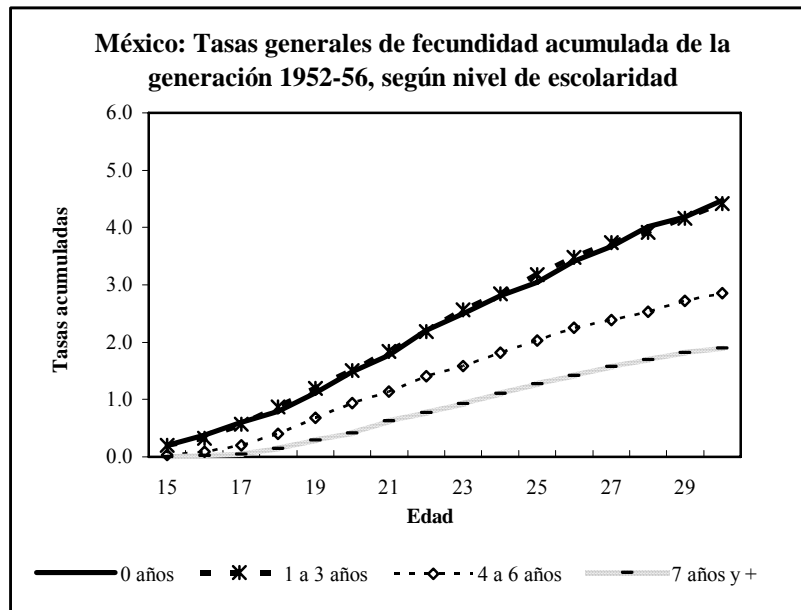
Fuente: Cuadro No. 4.25

Gráfica No. 4.30



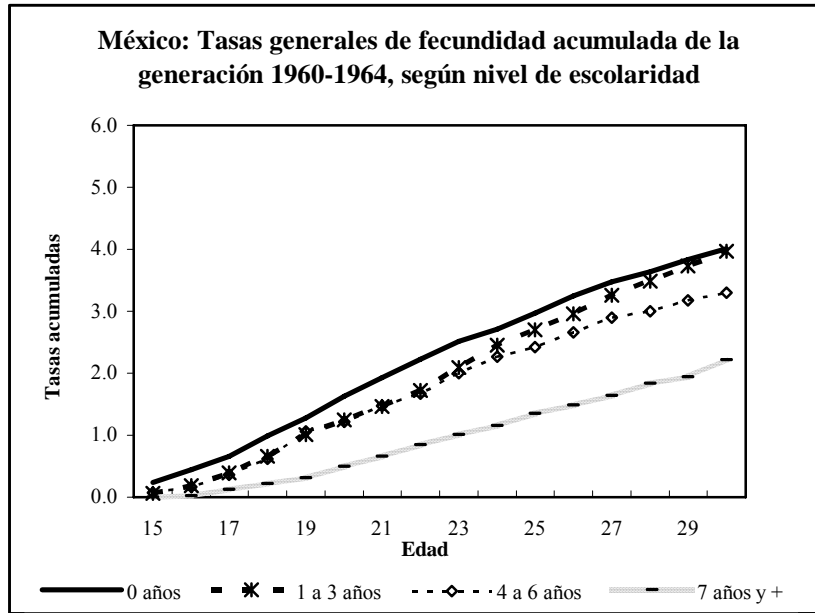
Fuente: Cuadro No. 4.26.

Gráficas No. 4.31



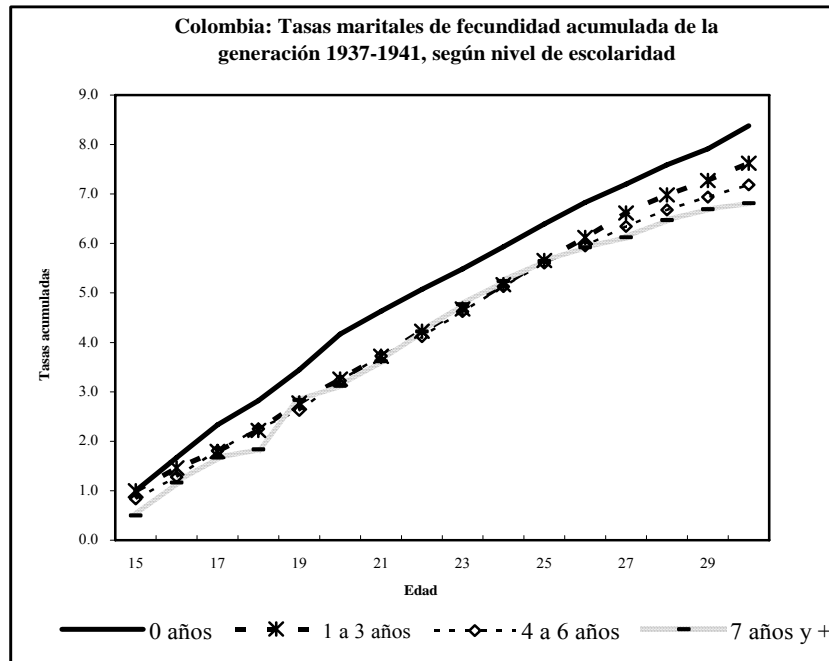
Fuente: Cuadro No. 4.27

Gráficas No. 4.32



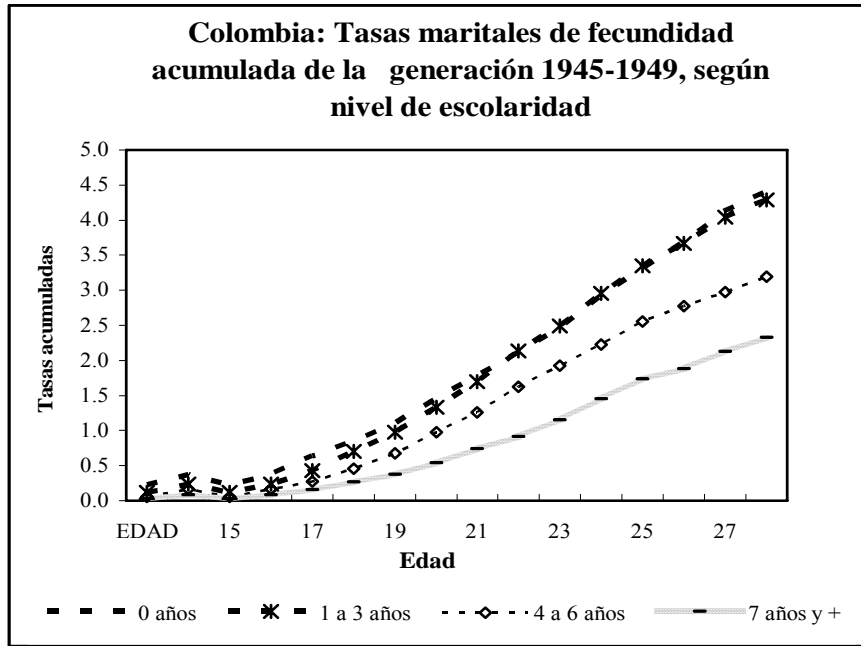
Fuente: Cuadro No. 4.28.

Gráfica No. 4.33



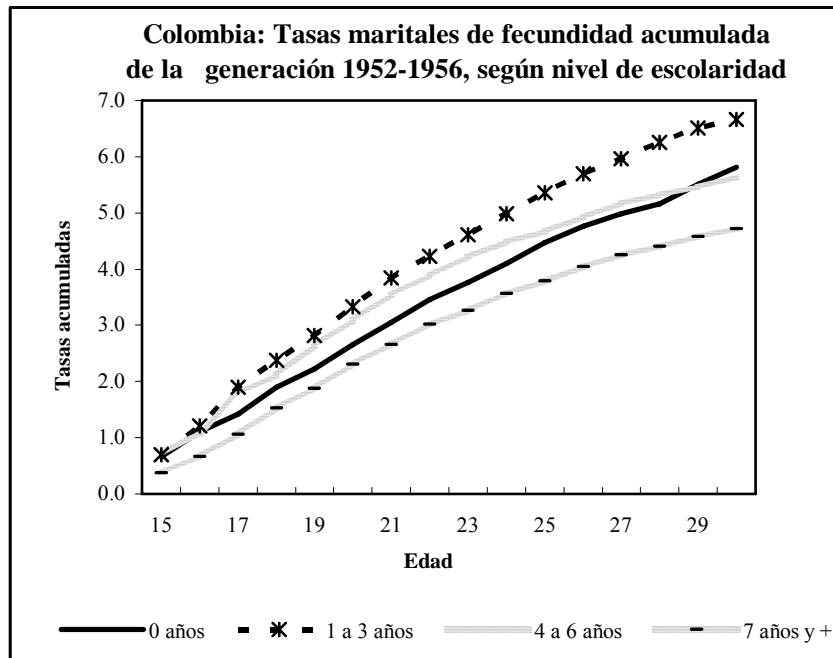
Fuente: Cuadro No.4.29

Gráfica No. 4.34



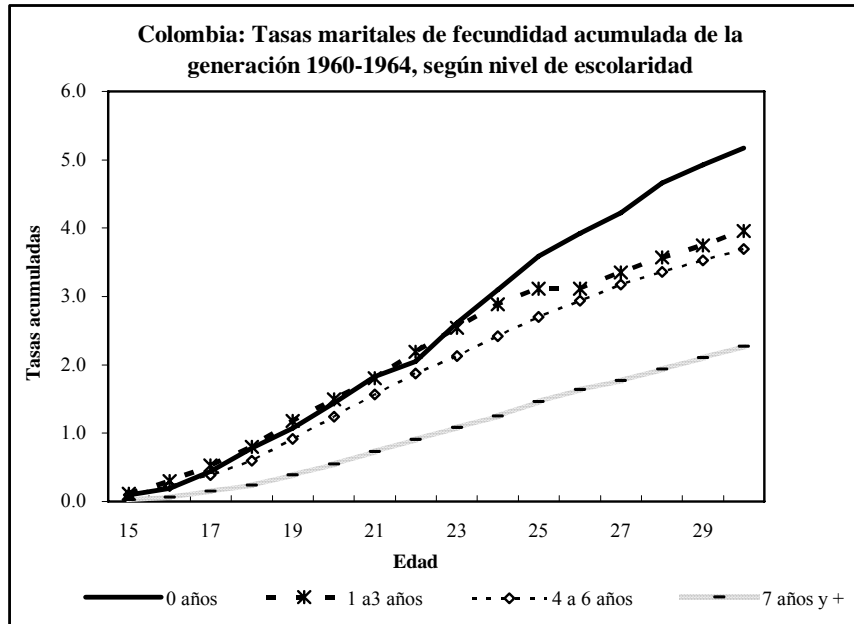
Fuente: Cuadro No. 4.30.

Gráficas No. 4.35



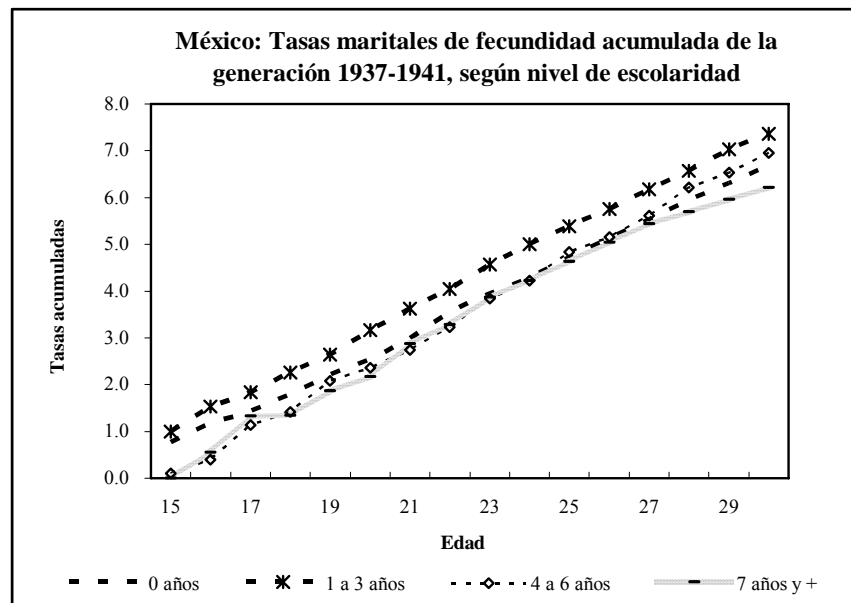
Fuente: Cuadro No. 4.31.

Gráfica No. 4.36



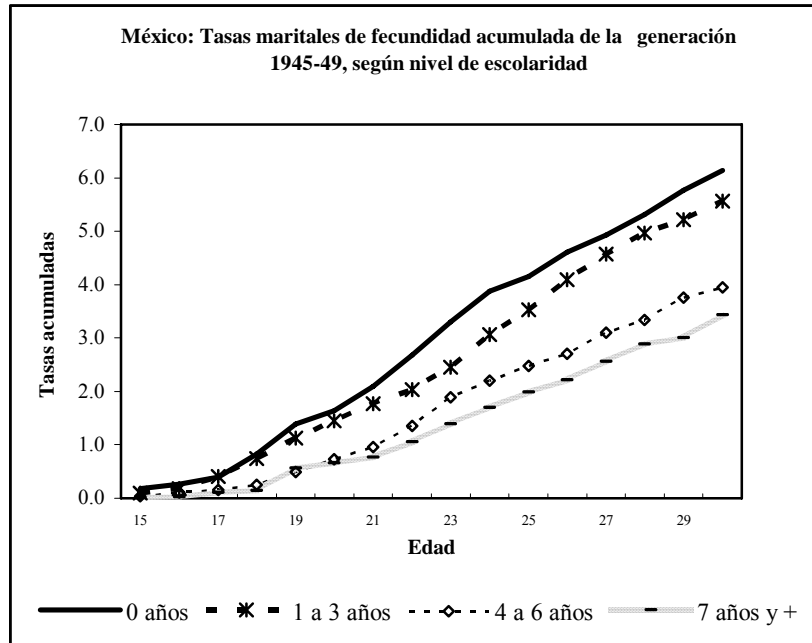
Fuente: Cuadro No. 4.32.

Gráfica No. 4.37

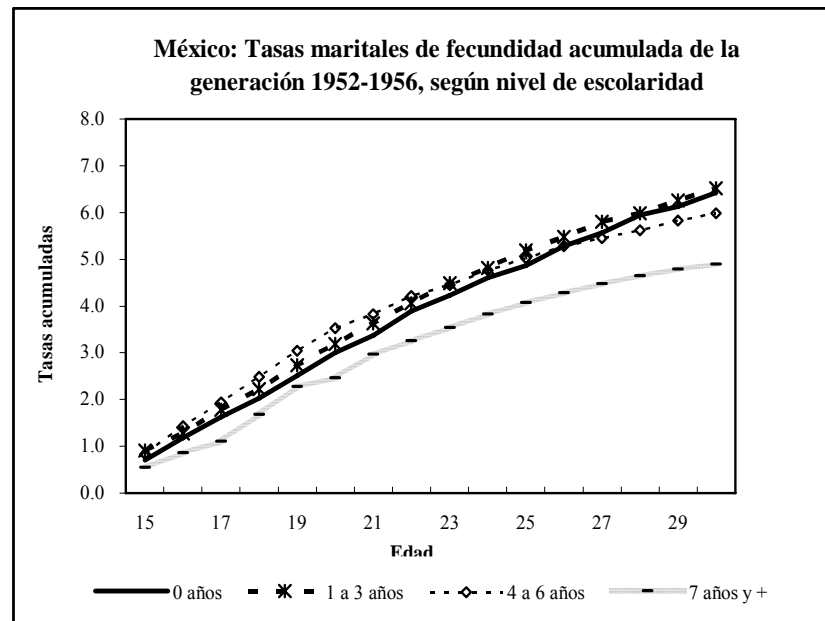


Fuente: Cuadro No. 4.33.

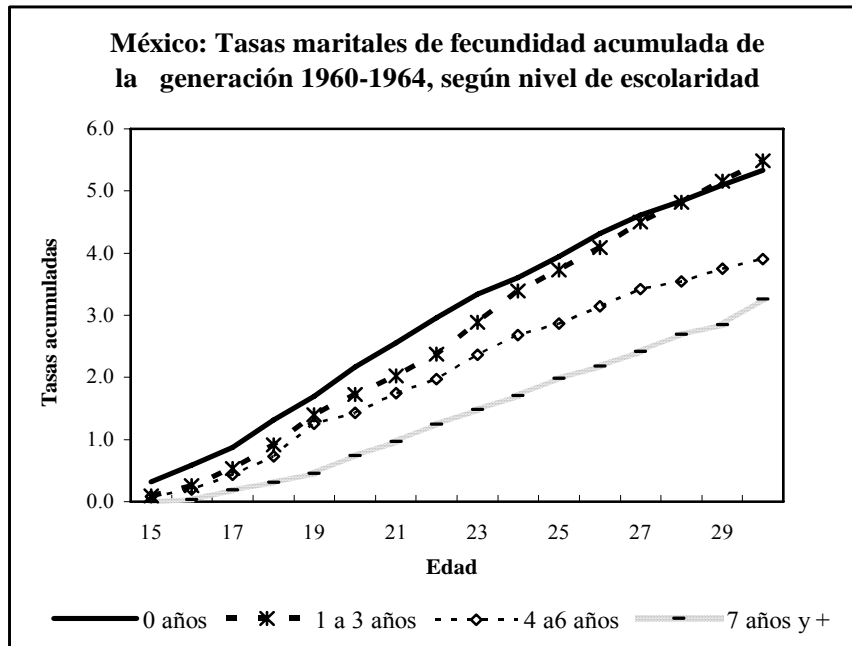
Gráfica No. 4.38



Gráfica No. 4.39



Gráfica No. 4.40



Fuente: Cuadro No. 4.36.

Cuadro No. 4.21

COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA PARA LA GENERACIÓN 1937-41, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.1	0.0
16	0.4	0.3	0.1	0.0
17	0.7	0.4	0.2	0.1
18	0.9	0.5	0.3	0.1
19	1.3	0.8	0.5	0.3
20	1.8	1.1	0.7	0.4
21	2.1	1.4	1.0	0.6
22	2.5	1.7	1.2	0.9
23	2.8	2.0	1.5	1.2
24	3.2	2.4	1.9	1.5
25	3.6	2.8	2.2	1.8
26	4.0	3.3	2.5	2.0
27	4.3	3.7	2.8	2.1
28	4.6	4.1	3.0	2.4
29	4.9	4.3	3.2	2.6
30	5.4	4.7	3.4	2.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-86

Cuadros Nos. 4.22 y 4.23

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1945-49, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.0	0.0
16	0.3	0.2	0.1	0.1
17	0.5	0.3	0.2	0.1
18	0.7	0.6	0.4	0.2
19	0.9	0.8	0.5	0.3
20	1.2	1.1	0.8	0.4
21	1.5	1.3	1.0	0.5
22	1.8	1.7	1.3	0.7
23	2.0	2.0	1.5	0.8
24	2.4	2.4	1.7	1.0
25	2.7	2.7	2.0	1.3
26	3.0	2.9	2.2	1.4
27	3.4	3.2	2.3	1.5
28	3.6	3.4	2.5	1.7
29	3.9	3.6	2.6	1.8
30	4.1	3.9	2.8	2.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1952-56, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.0	0.0
16	0.4	0.2	0.1	0.0
17	0.5	0.4	0.2	0.1
18	0.8	0.7	0.3	0.2
19	1.0	0.9	0.5	0.2
20	1.3	1.3	0.7	0.4
21	1.6	1.6	0.9	0.5
22	1.9	2.0	1.1	0.7
23	2.2	2.4	1.4	0.9
24	2.5	2.7	1.5	1.0
25	2.9	3.1	1.7	1.2
26	3.1	3.5	1.9	1.4
27	3.3	3.8	2.1	1.5
28	3.5	4.1	2.2	1.6
29	3.8	4.4	2.3	1.8
30	4.1	4.5	2.4	1.9

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-86

Cuadros Nos. 4.24 y 4.25

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1960-64, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.1	0.1	0.1	0.0
16	0.2	0.2	0.2	0.0
17	0.3	0.4	0.3	0.1
18	0.6	0.6	0.4	0.2
19	0.8	0.9	0.7	0.3
20	1.1	1.2	0.9	0.4
21	1.4	1.4	1.2	0.5
22	1.6	1.7	1.4	0.6
23	2.0	2.0	1.6	0.8
24	2.4	2.3	1.8	0.9
25	2.8	2.5	2.0	1.0
26	3.0	2.7	2.2	1.1
27	3.3	2.9	2.3	1.2
28	3.6	3.1	2.5	1.4
29	3.8	3.2	2.6	1.5
30	4.0	3.4	2.7	1.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1937-41, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.2	0.0	0.0
16	0.3	0.2	0.0	0.0
17	0.4	0.3	0.2	0.0
18	0.6	0.5	0.2	0.0
19	0.9	0.7	0.5	0.1
20	1.2	1.1	0.6	0.1
21	1.5	1.4	0.7	0.3
22	2.0	1.6	1.0	0.5
23	2.3	2.0	1.3	0.7
24	2.7	2.4	1.5	0.9
25	3.2	2.7	1.9	1.1
26	3.6	2.9	2.1	1.3
27	4.0	3.3	2.4	1.6
28	4.4	3.6	2.8	1.8
29	4.7	4.0	3.0	1.9
30	5.1	4.3	3.4	2.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENFES-87.

Cuadros Nos. 4.26 y 4.27

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1945-49, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.1	0.1	0.0	0.0
16	0.2	0.2	0.1	0.0
17	0.3	0.4	0.1	0.1
18	0.7	0.6	0.2	0.1
19	1.2	1.0	0.4	0.5
20	1.4	1.3	0.5	0.5
21	1.7	1.6	0.7	0.6
22	2.2	1.8	1.0	0.9
23	2.7	2.1	1.4	1.1
24	3.2	2.7	1.6	1.4
25	3.5	3.1	1.8	1.6
26	3.8	3.6	1.9	1.8
27	4.1	4.0	2.2	2.1
28	4.4	4.4	2.4	2.4
29	4.8	4.6	2.7	2.5
30	5.1	4.9	2.8	2.8

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1952-56, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.2	0.0	0.0
16	0.4	0.3	0.1	0.0
17	0.6	0.6	0.2	0.0
18	0.8	0.9	0.4	0.1
19	1.1	1.2	0.7	0.3
20	1.5	1.5	0.9	0.4
21	1.8	1.8	1.1	0.6
22	2.2	2.2	1.4	0.8
23	2.5	2.6	1.6	0.9
24	2.8	2.8	1.8	1.1
25	3.1	3.2	2.0	1.3
26	3.4	3.5	2.3	1.4
27	3.7	3.7	2.4	1.6
28	4.0	3.9	2.5	1.7
29	4.2	4.2	2.7	1.8
30	4.5	4.4	2.9	1.9

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENFES-87

Cuadros Nos. 4.28 y 4.29

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1960-64, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.1	0.0
16	0.4	0.2	0.2	0.0
17	0.7	0.4	0.4	0.1
18	1.0	0.7	0.6	0.2
19	1.3	1.0	1.1	0.3
20	1.6	1.2	1.2	0.5
21	1.9	1.5	1.5	0.7
22	2.2	1.7	1.7	0.8
23	2.5	2.1	2.0	1.0
24	2.7	2.5	2.3	1.2
25	3.0	2.7	2.4	1.4
26	3.2	3.0	2.7	1.5
27	3.5	3.3	2.9	1.6
28	3.6	3.5	3.0	1.8
29	3.8	3.7	3.2	1.9
30	4.0	4.0	3.3	2.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1937-41, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	1.0	1.0	0.8	0.5
16	1.7	1.5	1.3	1.2
17	2.3	1.8	1.8	1.7
18	2.8	2.2	2.3	1.8
19	3.4	2.8	2.6	2.8
20	4.2	3.3	3.2	3.1
21	4.6	3.7	3.7	3.6
22	5.1	4.2	4.1	4.2
23	5.5	4.7	4.6	4.8
24	5.9	5.2	5.1	5.2
25	6.4	5.7	5.6	5.6
26	6.8	6.1	6.0	5.9
27	7.2	6.6	6.3	6.1
28	7.6	7.0	6.7	6.5
29	7.9	7.3	6.9	6.7
30	8.4	7.6	7.2	6.8

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-86

Cuadros Nos. 4.30 y 4.31

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1945-49, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.1	0.0
16	0.4	0.2	0.2	0.1
17	0.6	0.4	0.3	0.2
18	0.9	0.7	0.5	0.3
19	1.1	1.0	0.7	0.4
20	1.5	1.3	1.0	0.5
21	1.8	1.7	1.3	0.7
22	2.1	2.1	1.6	0.9
23	2.5	2.5	1.9	1.1
24	2.9	3.0	2.2	1.4
25	3.3	3.4	2.6	1.7
26	3.7	3.7	2.8	1.9
27	4.1	4.0	3.0	2.1
28	4.4	4.3	3.2	2.3
29	4.7	4.6	3.4	2.5
30	4.9	4.8	3.6	2.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1952-56, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.7	0.7	0.7	0.4
16	1.1	1.2	1.1	0.7
17	1.4	1.9	1.8	1.1
18	1.9	2.4	2.1	1.5
19	2.2	2.8	2.6	1.9
20	2.7	3.3	3.1	2.3
21	3.0	3.8	3.5	2.7
22	3.5	4.2	3.9	3.0
23	3.8	4.6	4.2	3.3
24	4.1	5.0	4.5	3.6
25	4.5	5.4	4.7	3.8
26	4.8	5.7	4.9	4.0
27	5.0	6.0	5.2	4.2
28	5.2	6.3	5.3	4.4
29	5.5	6.5	5.5	4.6
30	5.8	6.7	5.6	4.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

Cuadros Nos. 4.32 y 4.33

**COLOMBIA: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1960-64, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.1	0.1	0.1	0.0
16	0.2	0.3	0.2	0.1
17	0.4	0.5	0.4	0.1
18	0.8	0.8	0.6	0.2
19	1.1	1.2	0.9	0.4
20	1.4	1.5	1.2	0.5
21	1.8	1.8	1.6	0.7
22	2.0	2.2	1.9	0.9
23	2.6	2.5	2.1	1.1
24	3.1	2.9	2.4	1.2
25	3.6	3.1	2.7	1.5
26	3.9	3.1	2.9	1.6
27	4.2	3.3	3.2	1.8
28	4.7	3.6	3.4	1.9
29	4.9	3.8	3.5	2.1
30	5.2	4.0	3.7	2.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1937-41, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.8	1.0	0.1	0.0
16	1.2	1.5	0.4	0.5
17	1.4	1.8	1.1	1.3
18	1.8	2.3	1.4	1.3
19	2.2	2.6	2.1	1.9
20	2.5	3.2	2.4	2.2
21	3.0	3.6	2.7	2.9
22	3.6	4.0	3.2	3.3
23	3.9	4.6	3.8	3.9
24	4.3	5.0	4.2	4.2
25	4.7	5.4	4.8	4.6
26	5.1	5.8	5.1	5.0
27	5.5	6.2	5.6	5.4
28	5.9	6.6	6.2	5.7
29	6.3	7.0	6.5	6.0
30	6.7	7.4	7.0	6.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENFES-87

Cuadros Nos. 4.34 y 4.35

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1945-49, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.2	0.1	0.0	0.0
16	0.3	0.2	0.1	0.0
17	0.4	0.4	0.2	0.1
18	0.8	0.7	0.3	0.1
19	1.4	1.1	0.5	0.6
20	1.6	1.4	0.7	0.7
21	2.1	1.8	1.0	0.8
22	2.7	2.0	1.3	1.1
23	3.3	2.4	1.9	1.4
24	3.9	3.1	2.2	1.7
25	4.2	3.5	2.5	2.0
26	4.6	4.1	2.7	2.2
27	4.9	4.6	3.1	2.6
28	5.3	5.0	3.3	2.9
29	5.8	5.2	3.8	3.0
30	6.1	5.6	3.9	3.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1952-56, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.7	0.9	0.8	0.5
16	1.2	1.3	1.4	0.9
17	1.6	1.8	1.9	1.1
18	2.0	2.2	2.5	1.7
19	2.5	2.7	3.0	2.3
20	3.0	3.2	3.5	2.5
21	3.4	3.6	3.8	3.0
22	3.9	4.1	4.2	3.3
23	4.2	4.5	4.5	3.5
24	4.6	4.8	4.8	3.8
25	4.9	5.2	5.0	4.1
26	5.3	5.5	5.3	4.3
27	5.6	5.8	5.4	4.5
28	5.9	6.0	5.6	4.6
29	6.1	6.3	5.8	4.8
30	6.4	6.5	6.0	4.9

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENFES-87

Cuadro No. 4.36**MÉXICO: TASAS DE FECUNDIDAD MARITAL ACUMULADA
PARA LA GENERACIÓN 1960-64, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
15	0.3	0.1	0.1	0.0
16	0.6	0.3	0.2	0.0
17	0.9	0.5	0.4	0.2
18	1.3	0.9	0.7	0.3
19	1.7	1.4	1.3	0.5
20	2.2	1.7	1.4	0.7
21	2.6	2.0	1.7	1.0
22	3.0	2.4	2.0	1.2
23	3.3	2.9	2.4	1.5
24	3.6	3.4	2.7	1.7
25	3.9	3.7	2.9	2.0
26	4.3	4.1	3.1	2.2
27	4.6	4.5	3.4	2.4
28	4.8	4.8	3.5	2.7
29	5.1	5.2	3.7	2.9
30	5.3	5.5	3.9	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

4.4.4. Cuantificación de la aportación que el cambio en la composición educacional de la población femenina hace al descenso de la fecundidad.

Después de los datos mostrados en los apartados anteriores y en virtud de la existencia de diferencias en la fecundidad según la escolaridad de la mujer y el sentido de las mismas, es decir, una relación inversa que hace que a mayor escolaridad corresponda una menor fecundidad, es posible suponer que aunque la fecundidad marital no hubiera descendido entre las mujeres pertenecientes a cada grupo educativo, la fecundidad total estimada a través de los indicadores resumen, como puede ser la Tasa Global de Fecundidad, hubiera descendido en los países analizados, simplemente porque el nivel de escolaridad de la población femenina se ha incrementado de manera significativa en los años recientes; es decir, las mujeres con la fecundidad más baja están representadas cada vez en mayor proporción en el total de la población femenina; en contrapartida, como es obvio, la proporción de mujeres con más baja

escolaridad y que tiene al mismo tiempo una mayor fecundidad constituye una parte cada vez menor del total.

En el periodo reciente junto con el descenso de la fecundidad se ha producido un cambio en la composición de la población femenina según nivel de escolaridad y es posible cuantificar qué proporción de este cambio se debe a: i) una disminución de la fecundidad y, ii) cuanto a la transformación en la distribución según el nivel educativo de las mujeres colombianas y mexicanas.

En una primera aproximación y a través de un procedimiento equivalente a una estandarización directa, para el caso de Colombia, la Tasa Global de Fecundidad hubiera pasado de 3.33 hijos por mujer a 3.05, aún cuando la fecundidad por edad hubiera permanecido sin cambio y sólo porque se modificó la distribución educacional de las mujeres, es decir, a pesar de que el cambio total no es de gran magnitud en el periodo de casi diez años que se analiza, una parte importante de este descenso se origina en el incremento de la escolaridad de las mujeres colombianas. Para el caso de México, éste que puede denominarse “efecto composicional” daría lugar a que la fecundidad disminuyera de 3.92 a 3.2 hijos por mujer, lo que significa que una proporción muy importante del descenso en el decenio analizado, también se explica por el cambio en la escolaridad de las mujeres mexicanas.

El impacto del cambio educativo de la población puede ser estimado en forma más detallada usando la técnica de descomposición de las diferencias (Kitawaga, 1955). De tal manera que se cuantifique el efecto que sobre la Tasa Global de Fecundidad tiene la composición educacional, la modificación de las tasas específicas de fecundidad por edad y finalmente, el cambio que se produce por la interacción de ambos componentes. El valor de este último factor depende de la forma en que se produce el cambio entre los diversos grupos. Si el descenso de la fecundidad hubiera sido de magnitud similar en cada grupo de escolaridad, la interacción sería igual a cero; está es desde luego una situación que difícilmente se produce en condiciones reales y el valor puede ser tan importante como el de los otros componentes, en la medida en que las modificaciones sean más diferentes entre los grupos educacionales. El signo de este coeficiente de interacción es también reflejo del proceso de cambio. En los dos países analizados, el signo del coeficiente de interacción es opuesto al de las tasas en virtud de que la evolución más significativa se ha producido entre los grupos con menor escolaridad cuya participación en el total de la población femenina disminuye con el paso del tiempo.

Para descomponer el descenso de la fecundidad en los componentes que se han mencionado, se estima que:

$$(R_{ENAPLAF} - R_{ENFES}) = (\sum_i DR_i Ed_{ENFES, i}) + (\sum_i R_{ENFES, i} DEd_i) + (\sum_i DR_i DEd_i)$$

Donde R_{ti} es la tasa o porcentaje del grupo educacional i en el momento t , ($t = ENFES$ o $ENAPLAF$), Ed_{ti} es el porcentaje de la población en el grupo educacional i al momento t (donde $\sum_i Ed_{ti}$), DR es igual a $R_{ENAPLAF, i} - R_{ENFES, i}$ y DEd_i igual a $Ed_{ENAPLAF, i} - Ed_{ENFES, i}$. Este cálculo se efectuó para cada grupo de edad y los resultados se totalizaron por edad, siguiendo el procedimiento general para calcular cada componente.

En el cuadro No. 4.37, se ha cuantificado el aporte al cambio en la tasas global de fecundidad que hace cada uno de los componentes mencionados. Para Colombia, el cambio en la escolaridad supera el aporte del descenso de las tasas específicas de fecundidad, aunque parte del efecto de estos dos factores es anulada por la interacción que se presenta entre ellos y esto resulta porque entre las mujeres con el mayor nivel de escolaridad se presenta el menor cambio en la fecundidad, si se le compara con lo que sucedió en los otros grupos educacionales.

En México, el descenso especialmente significativo en la Tasa Global de Fecundidad que se origina en el descenso de las tasas específicas por edad se ve reflejado en el aporte que éstas tienen y que supera al efecto del cambio en la composición según escolaridad, sin embargo, en este caso la interacción anula una parte considerablemente superior a la que se observó en Colombia y es el resultado de que en el grupo de mujeres con siete o más años de escolaridad no se observa una disminución en las tasas específicas de algunos grupos de edad y a final de cuentas en la tasa global de fecundidad. Por esta razón, la interacción entre tasas de fecundidad y distribución educacional actúa en sentido inverso al proceso general de descenso en el periodo observado.

Cuadro No. 4.37

**CAMBIOS EN LAS TASAS DE FECUNDIDAD DE MÉXICO Y COLOMBIA ENTRE 1985-86
Y 1994-95, SEGÚN EL APOORTE DE DOS DE SUS COMPONENTES**

PAÍS	TGF		CAMBIO ABSOLUTO	CAMBIO ORIGINADO EN:		
	1985-86	1994-95		Tasas específicas	escolaridad	interacción
Colombia	3.33	2.97	0.36	-0.12 -33.0	-0.27 -75.0	0.03 19.0
México	3.93	3.19	0.74	-0.66 89.0	-0.37 -50.0	0.29 39.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-86, ENDS-95; ENFES-87 Y ENAPLAF-95

CAPÍTULO 5: EDUCACIÓN Y EDAD A LA UNIÓN

5.1. Introducción

La edad de inicio a la unión es importante en el análisis de la fecundidad porque es la variable que más peso tiene en la definición de los periodos de exposición a la actividad sexual o a la maternidad, es decir, el riesgo de tener hijos. La unión tardía disminuye la fecundidad, puesto que esto significa un periodo de vida reproductiva expuesta a la probabilidad de embarazo más corto (Durch, 1980; Cochrane, 1979; Mason, 1996).

La edad al matrimonio no únicamente tiene implicaciones para la mujer por su exposición al riesgo de embarazo, sino también interviene en el desarrollo personal de la mujer, en la medida en que el matrimonio define el tipo de roles que ella juega dentro de la familia. El retraso de la edad de entrada a la unión le da la oportunidad a la mujer de mejorar su estatus tanto en el hogar como en el contexto social en el que está ubicada, si su vida en soltería implica mejoras en su nivel educativo o su participación en la actividad económica remunerada.

La unión³⁵ como evento demográfico, tiene implicaciones sociales e individuales, que afectan desde una organización social elemental como es la familia, hasta el grupo social o la sociedad en su conjunto. A nivel individual, la unión conyugal marca el inicio de una nueva familia y el tipo de esta unión puede imprimirle características a su propia dinámica que van a impactar su desarrollo. El inicio y el ritmo de formación de las uniones tiene impacto sobre el crecimiento demográfico en la medida en que esto afecta el periodo de exposición al riesgo de concebir.

A nivel social y desde el punto de vista económico, la unión conyugal representa la creación de unidades de consumo y producción, así como de intercambio de bienes y servicios (Quisumbing y Hellman, 2003).

Autores como Lewin (1982), o Farkas y Hogan (1995), sostienen que los cambios en la formación de las familias, tienen implicaciones importantes sobre condiciones sociodemográficas relacionadas con la convivencia de generaciones y el tamaño de cada una de ellas, que se deriva del efecto sobre el número de hijos que en promedio tiene cada generación, así como la definición de los roles de los miembros de la familia que se transforman

³⁵ Se refiere a la conformación de la pareja que bien puede darse a través de la unión formal (matrimonio civil o religioso) o mediante una unión consensual.

en la medida en que se dan nuevos arreglos familiares. En resumen, puede decirse que los procesos de cambio social más general, en el largo plazo se ven reflejados en un incremento en la edad a la primera unión y la edad al primer hijo, factores determinantes en el cambio de la fecundidad³⁶.

Una situación especialmente significativa para los objetivos de este texto, es que la evidencia empírica muestra que los cambios mencionados parecen estar íntimamente relacionados con las transformaciones en el nivel de escolaridad de la población y en particular de la población femenina, por lo tanto, en este capítulo se analiza el efecto de la educación sobre la nupcialidad y específicamente, importa observar la edad al inicio de la unión según el nivel de escolaridad de las mujeres de Colombia y México.

En la primera parte de este capítulo, se hace alusión al marco teórico que aborda la importancia del análisis de la nupcialidad en la comprensión de los cambios que se producen en la fecundidad y los aspectos más significativos de la relación entre educación y nupcialidad a través del inicio de la unión conyugal. En la segunda parte, se presentan diversas estimaciones sobre la edad de inicio a la unión asociado con la escolaridad de las mujeres.

La pregunta central en este apartado tiene que ver con la posibilidad de observar de qué manera la escolaridad ha afectado los patrones de nupcialidad, es decir el inicio de la unión marital en los dos países objeto de análisis.

Como es obvio suponer la hipótesis inicial es que la educación de la mujer afecta la edad de inicio de la unión conyugal, porque se supone que la educación le da a la mujer mayor autonomía respecto a la elección del momento en el cual decide unirse y por tanto, las mujeres con mayor nivel de escolaridad retrasan su entrada a la unión respecto a aquellas con menor escolaridad. Es posible también suponer que la mujer más escolarizada conforme avanza en la educación formal incrementa la posibilidad de permanecer en la escuela, lo cual hace que su meta inmediata no sea la unión, sino su desarrollo personal, lo que conlleva a un retraso en la edad de inicio de ésta.

³⁶ Estos fenómenos si bien fueron analizados tomando como referencia el marco de la teoría de la transición demográfica, ha sido claro que esta teoría no ha sido suficiente para explicar el surgimiento de estos nuevos comportamientos demográficos de allí que se haya tenido que replantear dicha teoría y haya surgido la que se ha denominado “segunda transición demográfica” (Lesthaeghe, 1992).

De manera inicial, se puede decir que los datos que a continuación se presentan hacen evidente que las mujeres colombianas y mexicanas en los años recientes tienen nuevas pautas de comportamiento nupcial y la educación ha sido un factor que ha contribuido a que las parejas de las nuevas generaciones hayan modificado la edad de inicio de la unión conyugal.

5.2. Importancia de la edad a la unión en el estudio de la fecundidad.

La edad a la unión se le concibe como una variable intermedia, o más precisamente como un factor que define la exposición al riesgo de embarazo, especialmente cuando el uso de anticonceptivos tiene una baja prevalencia. Es de interés en este análisis la edad de inicio de la unión conyugal porque define el tiempo reproductivo perdido en condiciones de celibato permanente, o el periodo en el que no se tienen relaciones sexuales frecuentes como sucede una vez que se ha establecido una unión³⁷; así como en el otro extremo, la disolución de la unión marca la salida del periodo de exposición al riesgo del embarazo. Si bien es cierto que en poblaciones donde no se practica la anticoncepción este efecto explicaría las diferencias en la fecundidad general, en poblaciones en las cuales se practica el control de los nacimientos, la exposición al riesgo de concebir no tendría demasiada importancia, sin embargo el estudio de la nupcialidad cobra interés debido a que incluso, la edad a la unión condiciona el comportamiento de la fecundidad conyugal por edad, de manera que la tasa correspondiente a un grupo de edad determinado, suele ser menor entre mujeres cuya unión se inició tardíamente (Rosero, 1978).

En sociedades donde los nacimientos ocurren dentro del matrimonio o unión conyugal, los incrementos en la edad al matrimonio dan como resultado una reducción en la proporción de las mujeres expuestas al embarazo. De allí que el incremento en la edad a la unión se reconozca como un determinante próximo de la fecundidad (Davis y Blake, 1956; Bongaarts, 1982).

Históricamente, se ha reconocido que los cambios en el patrón de la nupcialidad han jugado un papel especialmente importante en la transición demográfica (Van de Walle, 1972). En los países europeos, el retraso de la edad a la unión y la ampliación del celibato constituyeron mecanismos a través de los cuales la fecundidad fue descendiendo, pero aunque ésta fue la

³⁷ No se debe ignorar que existen mujeres que tienen actividad sexual antes de la unión, y que según los datos analizados, es el caso del 23 por ciento de las mujeres mexicanas y el 56 por ciento de las colombianas, para las cuales, la primera relación sexual se ha dado antes del inicio formal de la primera unión.

situación más general; en algunos países de Europa donde el matrimonio era temprano y universal, el descenso en la fecundidad se dio principalmente por cambios en la fecundidad marital. En otros ámbitos geográficos, es posible afirmar que cambios en los patrones de unión, que se reflejan en una elevada edad a la unión y una baja proporción de mujeres alguna vez unidas en diferentes edades del periodo reproductivo, se observaron en los inicios de la transición demográfica en algunos países en desarrollo (Coale, 1974).

También, la edad a la unión afecta la fecundidad cambiando el calendario de la fecundidad y los patrones de formación de la familia, que incluyen la amplitud de los intervalos genésicos y la edad en que se tiene al último hijo (Lesthaeghe, 1971). De allí que retrasar el momento de la primera unión es importante no solamente porque ello reduce el tiempo que la mujer esta expuesta al riesgo de concepción, sino también porque modifica su historia reproductiva y es posible afirmar, que estas transformaciones reflejan que la mujer ha encontrado otras alternativas además de la maternidad y juega otros roles en la sociedad no sólo confinados a tener hijos desde edades tempranas (Coale, 1992).

5.2.2. Relación entre educación y el inicio de la unión conyugal

Son varias las hipótesis que se pueden construir para analizar la relación positiva entre edad a la unión y educación. Es posible suponer como se mencionó en otro apartado, que la educación de la mujer le da autonomía respecto a la elección del momento en el cual decide unirse. Un matrimonio temprano, no solamente reduce el tiempo que la mujer tiene para obtener y acumular recursos económicos, los cuales le dan mayor independencia frente a su familias, sino que puede relacionarse con la desigualdad en la pareja (educativa y de edad entre los cónyuges), lo cual coloca a la mujer en situación de desventaja y contribuye a una menor participación de la mujer en las decisiones dentro del hogar.

Por otra parte, la mujer puede retrasar la edad de inicio a la unión, al evitar un embarazo antes de unirse y en esta medida, es la mujer más educada la que al tener mayor información y acceso a los métodos anticonceptivos y puede, a través de la planificación familiar reducir el riesgo de quedar embarazada al tener relaciones sexuales sin estar unida conyugalmente.

Si bien la edad al matrimonio es reconocida como un determinante del inicio del periodo de riesgo de embarazarse, en la actualidad, la edad al primer hijo es especialmente importante

para definir tanto el calendario de la historia reproductiva como su resultado final, es decir, el número total de hijos, en virtud de que el uso de anticonceptivos afecta la duración de los intervalos gésicos y a pesar de que el matrimonio se inicie a edad temprana el nacimiento del primer hijo puede posponerse durante largo tiempo.

En relación con el papel de la educación sobre la formación de la unión conyugal, se han identificado algunos mecanismos a través de los cuales la educación puede afectar el inicio de la conformación de la pareja. Primero, directamente porque la asistencia a la escuela por si misma puede retrasar la entrada a la unión, en tanto, la mujer que tiene posibilidades de seguir estudiando se plantea la conclusión de determinado nivel de estudios antes de establecer compromisos conyugales; además, la educación genera roles que entran en conflicto con aquellos asociados al matrimonio. Segundo, el contenido de los programas escolares y la información que la mujer reciba puede retrasar la edad de inicio a la unión, a través de un cambio en la concepción del mundo, por la exposición que cada nueva generación tiene a los conocimientos que la ciencia desarrolla, lo que motiva nuevas actitudes y aspiraciones de desarrollo personal. Tercero, dentro de la teoría del capital humano se argumenta que la educación amplia las oportunidades laborales, con lo cual una mayor permanencia en la escuela serviría para entrar al mercado laboral con mayor calificación y mayores oportunidades de iniciar una carrera profesional, lo que puede traer como consecuencia una posposición de la entrada a la unión conyugal.

La escolaridad en las mujeres jóvenes brinda la posibilidad de su incorporación al trabajo lo que trae consigo mayor independencia económica. En la medida en que la mujer adquiere mayor escolaridad y mejores oportunidades laborales, se cuestiona el rol tradicional de dependencia e incluso, esta actitud inicia la transición hacia nuevas formas de conformación de la pareja.

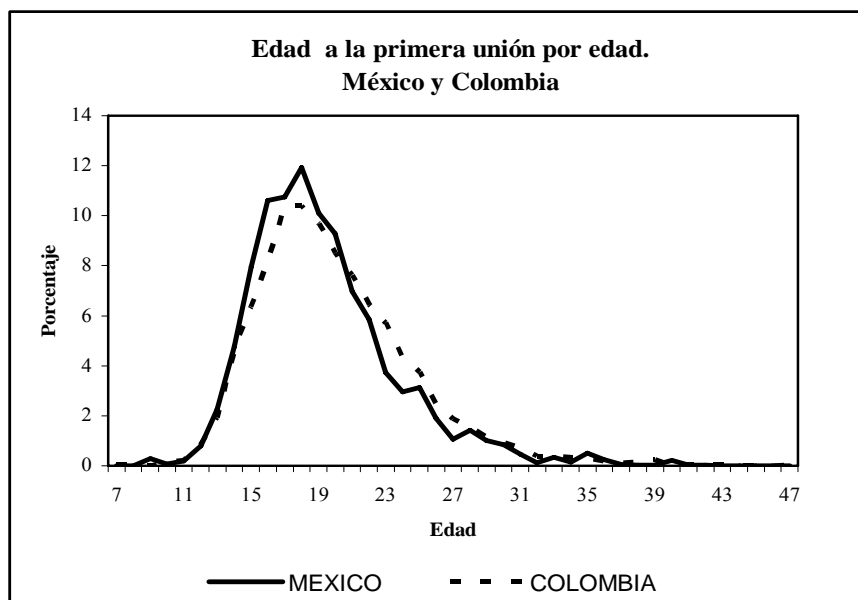
5.3. Edad de inicio de la unión en México y Colombia

Un hecho importante sin duda es que con el descenso de la fecundidad tanto de México como de Colombia se ha dado un retraso de la edad de inicio de la primera unión. Estudios sobre la edad a la primera unión en los dos países han mostrado la tendencia a incrementarse (Quilodrán, 1990; United Nations, 1990; Prada, 1990; Ordóñez, 1990) sin embargo, las

investigaciones al respecto hacen evidente que aun cuando se haya dado un retraso en la edad de inicio a la unión, ésta continua siendo muy temprana en los dos países.

De acuerdo al gráfico No.5.1, en el cual se muestra la distribución de la edad a la primera unión por años simples, es evidente que la mayoría de las mujeres en los dos países inician su unión entre los 16 y 22 años y pocas uniones ocurren antes de los 15 años y después de los 25 años. También se aprecia que hay uniones que se iniciaron antes de los diez años y otras que se inician después de los 45, pero son pocos casos encontrados en esos dos extremos y en el primer caso, pueden obedecer a una mala declaración por parte de las entrevistadas, ya que en los dos países no hay práctica cultural alguna que obligue a las niñas a unirse aún sin haber llegado a la pubertad como es el caso de países africanos (UNICEF, 2001)

Gráfica No. 5.1



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

En la gráfica se observa también que hay un desplazamiento de la curva de Colombia con respecto a la de México, lo cual muestra que las colombianas se unen un poco más tarde que las mexicanas, lo interesante es que en los dos países se tiene la misma tendencia y la cúspide se sitúa a los 21 años.

En virtud de que se trata de observar el cambio generacional en la edad de inicio de la unión conyugal y ya que se supone, que este cambio se encuentra asociado al nivel de escolaridad alcanzado por cada generación, lo que refleja entonces las diferencias según nivel de escolaridad, el análisis que sigue se ha hecho basado en la metodología de la tabla de vida. En este caso el evento cuya probabilidad interesa estimar es el inicio de la unión conyugal por edad, de manera que se evita el efecto de truncamiento presente por el efecto de la edad alcanzada por cada una de las generaciones al momento de la encuesta y por las diferencias en la distribución por edad al interior de cada generación según grupos educacionales. Los resultados son las estimaciones de una tabla de nupcialidad y representan el cálculo de las probabilidades de unirse en cada edad.

El patrón de formación de las uniones por edad, es presentado de una manera sencilla a través del cálculo de las probabilidades acumuladas de mujeres que se han unido al alcanzar cierta edad, según la cohorte de nacimiento a la que pertenecen. Enseguida se presentan estas mismas probabilidades acumuladas según nivel de escolaridad; lo que también puede ser interpretado como un acercamiento a la velocidad con que las mujeres pertenecientes a una cohorte en particular o a un cierto nivel de escolaridad se incorporan al estatus de casadas o unidas antes al alcanzar la edad x .

Los cambios en las probabilidades acumuladas de unirse de mujeres en cada cohorte permiten analizar las tendencias en la edad de inicio de la primera unión. Los resultados hacen evidente que a través del tiempo, hay una tendencia a elevar la edad de inicio de la unión a lo largo de los últimos años en los dos países. En México parece que las uniones se inician a edades más jóvenes que en Colombia y esto se refleja en todas las generaciones y es claro el cambio que se está produciendo en la edad de inicio a la unión cuando se analiza por generaciones. En Colombia no sólo hay un ingreso a la unión ligeramente más tardío que en México, también el comportamiento entre las cohortes es menos diferenciado. Sin duda, esto corrobora lo dicho anteriormente y es que la transición demográfica en Colombia está en un proceso mas avanzado; es decir, probablemente está entrando a una nueva etapa de transición demográfica, una de cuyas características es precisamente el retraso de la edad de inicio de la unión (Houle, et, al. 1998).

Los cuadros Nos. 5.1 y 5.2 muestran que las diferencias son notables en las primeras edades, sobre todo antes de alcanzar los 20 años de edad; se observa una tendencia a la

postposición del inicio de la unión entre las generaciones más jóvenes como lo hacen evidentes las menores probabilidades de unirse de mujeres pertenecientes a estas generaciones.

Las diferencias en las probabilidades acumuladas de unirse, prácticamente desaparecen a partir de los 25 años de edad y a los 35 años los datos muestra que alrededor del diez por ciento de las mujeres aún permanecen célibes.

5.3.1. Edad de inicio de la unión conyugal y educación

La parte sustantiva de este análisis que se refiere a la observación de diferencias en la edad a la unión según nivel de escolaridad, muestra el significativo efecto que tiene esta variable sobre el inicio de la unión conyugal, de tal manera que si utilizamos la probabilidades de unirse para hablar de porcentajes, en Colombia a los 15 años se ha unido ya el 20 por ciento de las mujeres que tienen hasta tres años de escolaridad y el porcentaje se reduce a casi el 10 por ciento en el caso de mujeres con siete o más años de escolaridad. A los 20 años las diferencias son todavía muy importantes y van disminuyendo conforme se avanza con la edad. Para México el inicio precoz de las uniones al cual ya se había hecho referencia se refleja en las mayores probabilidades de unirse en las edades jóvenes y a los 15 años, el 28 por ciento de las mujeres en el grupo con la menor escolaridad (hasta tres años) se han unido, contra el 15 por ciento de las mujeres con 7 o más años de escolaridad. Como sucede en Colombia, las diferencias van disminuyendo con la edad, pero son todavía muy claras poco después de los 25 años.

La edad de inicio a la unión entre los diferentes grupos educativos, muestra un comportamiento diferencial; es decir, la formación de la pareja es cada vez más tardía en la medida en que las mujeres tienen mayores niveles educativos.

Cuadro No. 5.1

COLOMBIA: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE UNIRSE HASTA LA EDAD X,
DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, POR GENERACIONES

EDAD A LA UNIÓN	GENERACIONES						
	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80
12	0.0175	0.0106	0.0062	0.0224	0.0080	0.0089	0.0052
13	0.0369	0.0245	0.0221	0.0544	0.0223	0.0225	0.0134
14	0.0848	0.0532	0.0538	0.1064	0.0530	0.0566	0.0388
15	0.1336	0.1007	0.0999	0.1657	0.0938	0.1001	0.0774
16	0.2092	0.1694	0.1585	0.2406	0.1437	0.1661	0.1314
17	0.2811	0.2496	0.2398	0.3156	0.2232	0.2584	0.2002
18	0.3677	0.3404	0.3308	0.3845	0.3059	0.3422	0.2553
19	0.4442	0.4337	0.4170	0.4516	0.3945	0.4163	0.3553
20	0.5143	0.4885	0.4955	0.5248	0.4772	0.5023	
21	0.5862	0.5655	0.5617	0.5798	0.5440	0.5539	
22	0.6396	0.6342	0.6203	0.6252	0.6113	0.6264	
23	0.6876	0.6964	0.6651	0.6759	0.6601	0.6941	
24	0.7300	0.7365	0.7078	0.7213	0.7069	0.7232	
25	0.7594	0.7815	0.7484	0.7557	0.7533		
26	0.7862	0.8093	0.7774	0.7787	0.7762		
27	0.8092	0.8282	0.8036	0.8065	0.8026		
28	0.8286	0.8437	0.8215	0.8259	0.8158		
29	0.8415	0.8633	0.8353	0.8389	0.8158		
30	0.8571	0.8723	0.8491	0.8521			
31	0.8737	0.8805	0.8567	0.8557			
32	0.8774	0.8895	0.8649	0.8614			
33	0.8811	0.8936	0.8766	0.8614			
34	0.8857	0.9043	0.8803	0.8614			
35	0.8949	0.9100	0.8846				

FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

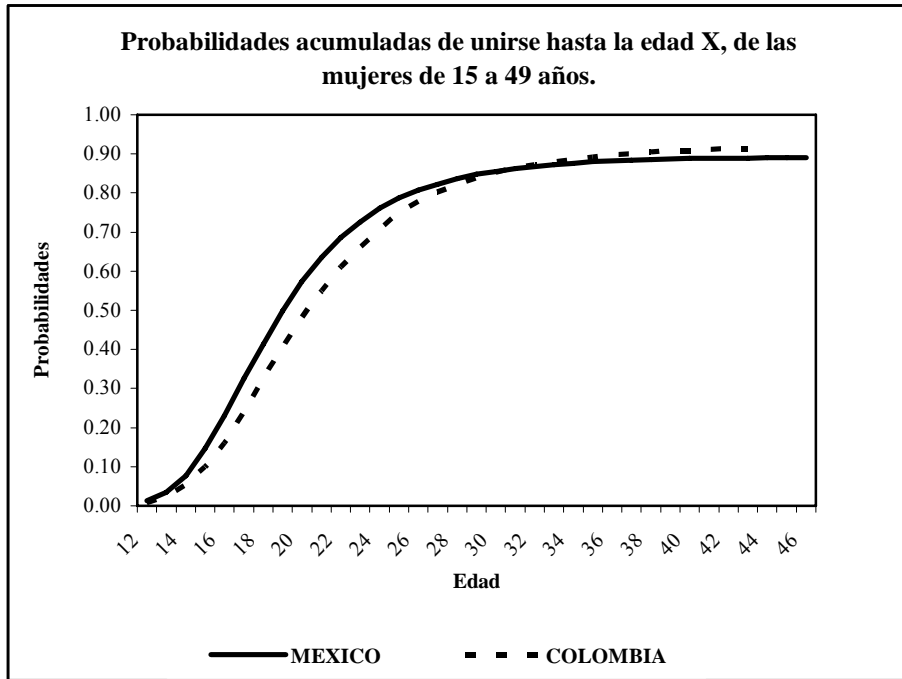
Cuadro No. 5.2

**MÉXICO: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE UNIRSE HASTA LA EDAD X,
DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, POR GENERACIONES**

EDAD A LA UNIÓN	GENERACIONES						
	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80
12	0.0259	0.0188	0.0181	0.0103	0.019	0.009	0.0051
13	0.0558	0.0466	0.0517	0.0333	0.043	0.024	0.0155
14	0.1127	0.1121	0.1095	0.0824	0.084	0.051	0.0451
15	0.1954	0.2018	0.1961	0.1545	0.159	0.113	0.0897
16	0.2875	0.2834	0.2908	0.2471	0.250	0.191	0.1505
17	0.3837	0.3758	0.3962	0.3598	0.330	0.285	0.2335
18	0.4664	0.4753	0.4755	0.4512	0.409	0.372	0.3143
19	0.5626	0.5605	0.5615	0.5239	0.500	0.452	0.3532
20	0.6236	0.6430	0.6326	0.5942	0.580	0.516	
21	0.6753	0.7094	0.6904	0.6499	0.641	0.580	
22	0.7166	0.7596	0.7367	0.7014	0.693	0.615	
23	0.7446	0.7910	0.7737	0.7438	0.737	0.636	
24	0.7766	0.8206	0.8046	0.7807	0.768	0.651	
25	0.8056	0.8430	0.8240	0.8092	0.793		
26	0.8221	0.8565	0.8355	0.8316	0.808		
27	0.8356	0.8691	0.8529	0.8437	0.823		
28	0.8490	0.8753	0.8650	0.8571	0.841		
29	0.8614	0.8861	0.8731	0.8669	0.849		
30	0.8676	0.8933	0.8784	0.8740			
31	0.8780	0.8996	0.8845	0.8794			
32	0.8821	0.9058	0.8905	0.8817			
33	0.8873	0.9094	0.8952	0.8834			
34	0.8935	0.9121	0.8986				
35	0.8976	0.9139	0.9031				

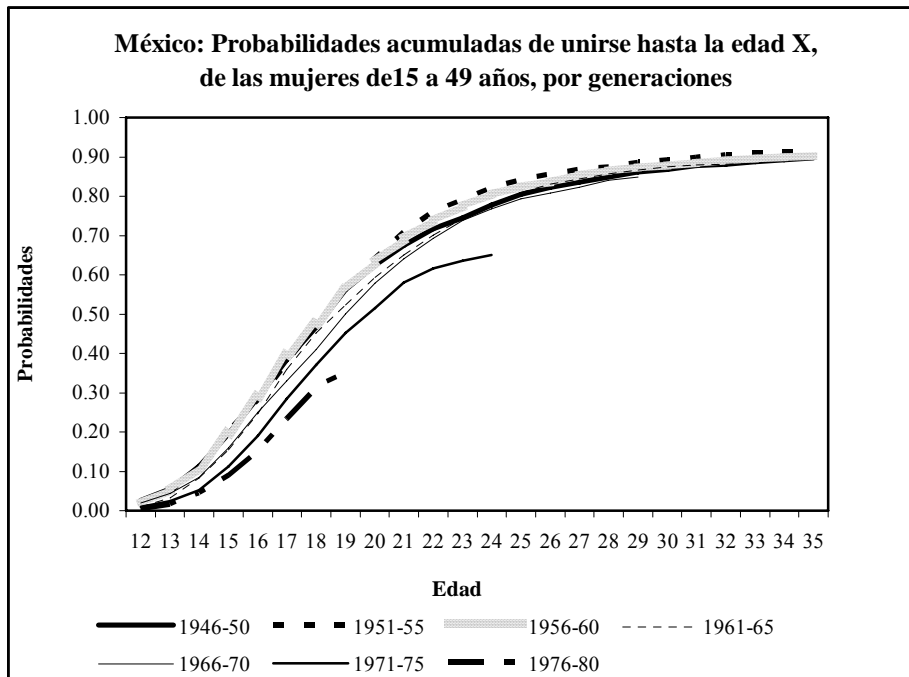
FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

Gráfica No. 5.2



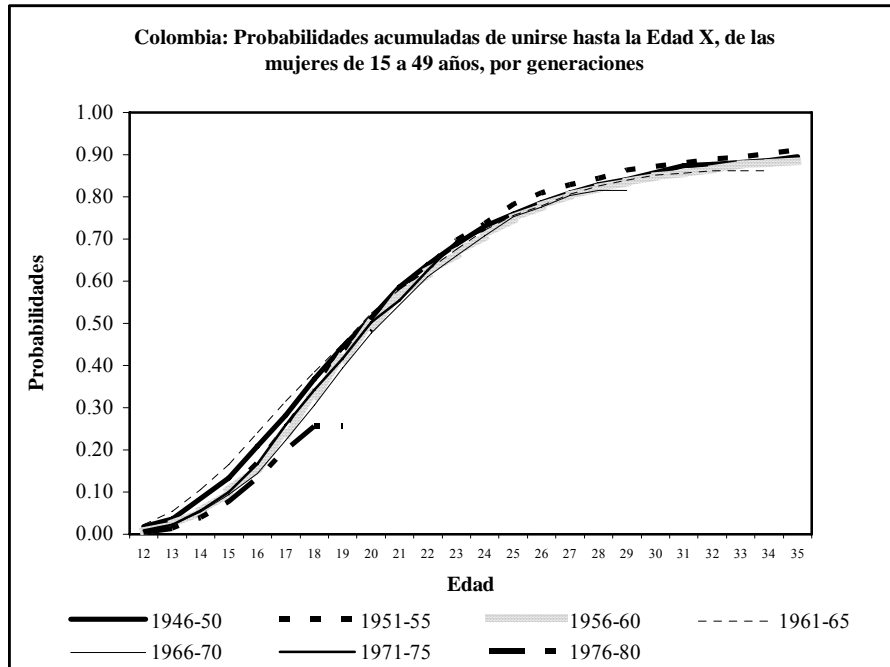
Fuente: Cuadros Nos. 5.3 y 5.4.

Gráfica No. 5.3



Fuente: Cuadro No. 5.1.

Gráfica No. 5.4



Fuente: Cuadro No. 5.2.

Cuadro No. 5.3

COLOMBIA: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE UNIRSE HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

EDAD A LA UNIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
12	0.0226	0.0117	0.0024	0.0088
13	0.0544	0.0289	0.0075	0.0224
14	0.1244	0.0708	0.0205	0.0546
15	0.2041	0.1402	0.0398	0.0995
16	0.3089	0.2163	0.0762	0.1605
17	0.4109	0.3148	0.1377	0.2406
18	0.5108	0.4208	0.2021	0.3245
19	0.5844	0.5163	0.2773	0.4056
20	0.6499	0.5919	0.3544	0.4804
21	0.7074	0.6576	0.4280	0.5491
22	0.7525	0.7189	0.4974	0.6117
23	0.7893	0.7604	0.5576	0.6622
24	0.8180	0.7909	0.6174	0.7073
25	0.8439	0.8246	0.6704	0.7494
26	0.8633	0.8404	0.7105	0.7783
27	0.8754	0.8532	0.7451	0.8017
28	0.8847	0.8651	0.7757	0.8221
29	0.8954	0.8776	0.7974	0.8390
30	0.9025	0.8891	0.8154	0.8528
31	0.9105	0.8994	0.8298	0.8649
32	0.9153	0.9031	0.8399	0.8720
33	0.9189	0.9077	0.8509	0.8793
34	0.9250	0.9125	0.8571	0.8857
35	0.9282	0.9176	0.8666	0.8923
36	0.9324	0.9230	0.8712	0.8976
37	0.9333	0.9269	0.8744	0.9006
38	0.9352	0.9302	0.8819	0.9050
39	0.9363	0.9339	0.8864	0.9082
40	0.9375	0.9339	0.8881	0.9092
41	0.9389	0.9368	0.8900	0.9114
42	0.9389	0.9368	0.8923	0.9126
43	0.9389	0.9385	0.8923	0.9133
44	0.9389	0.9385	0.8923	0.9133
45	0.9389	0.9385	0.8923	0.9133
46	0.9389	0.9385	0.8923	0.9133
47	0.9389	0.9436	0.8923	0.9133
48	0.9389	0.9436	0.8923	0.9133
49	0.9389	0.9436	0.8923	0.9158

FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

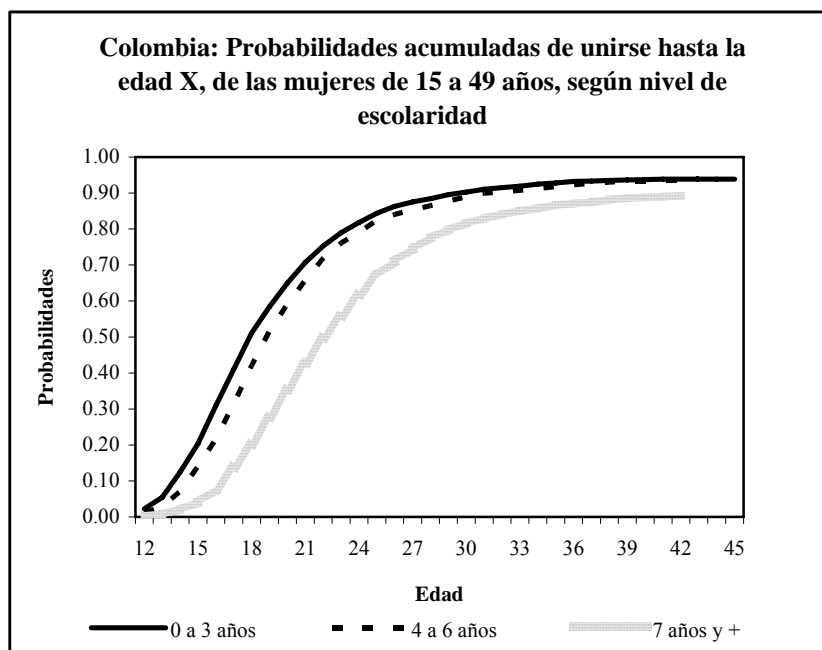
Cuadro No. 5.4

**MÉXICO: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE UNIRSE HASTA LA EDAD X,
DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE
ESCOLARIDAD**

EDAD A LA UNIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
12	0.03868	0.00641	0.00086	0.01331
13	0.08474	0.02639	0.00516	0.03457
14	0.17183	0.07252	0.01247	0.07724
15	0.28005	0.15640	0.04032	0.14678
16	0.39282	0.25724	0.08567	0.23076
17	0.50074	0.37551	0.14828	0.32637
18	0.58556	0.47336	0.22416	0.41337
19	0.66352	0.56330	0.30820	0.49888
20	0.71650	0.63878	0.39669	0.57304
21	0.75866	0.70152	0.47468	0.63570
22	0.79141	0.74976	0.54045	0.68597
23	0.81282	0.78386	0.60257	0.72580
24	0.83465	0.81319	0.65395	0.76072
25	0.85006	0.83697	0.69682	0.78834
26	0.85948	0.84916	0.73068	0.80642
27	0.86645	0.86194	0.76072	0.82236
28	0.87441	0.87271	0.78395	0.83615
29	0.87973	0.88174	0.80582	0.84748
30	0.88185	0.88823	0.82217	0.85471
31	0.88622	0.89570	0.83372	0.86240
32	0.88977	0.89836	0.84637	0.86795
33	0.89296	0.90193	0.85365	0.87253
34	0.89530	0.90575	0.86034	0.87653
35	0.89676	0.90895	0.86984	0.88016
36	0.89877	0.91063	0.87206	0.88241
37	0.89877	0.91244	0.87462	0.88343
38	0.90039	0.91244	0.87757	0.88488
39	0.90206	0.91450	0.87757	0.88680
40	0.90321	0.91450	0.88534	0.88842
41	0.90440	0.91450	0.88534	0.88926
42	0.90440	0.91450	0.88534	0.88926
43	0.90440	0.91450	0.88534	0.88926
44	0.90503	0.91595	0.88534	0.89020
45	0.90503	0.91746	0.88534	0.89070
46	0.90503	0.91908	0.88534	0.89122
47	0.90503	0.91908	0.88534	0.89122
48	0.90503	0.91908	0.88534	0.89122
49	0.90503	0.91908	0.88534	0.89122

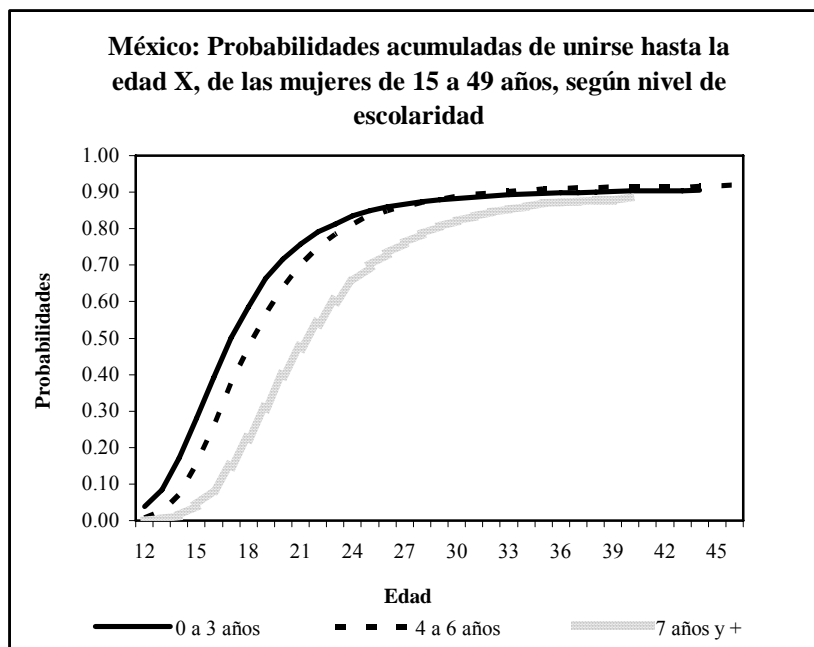
FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95

Gráfica No. 5.5



Fuente: Cuadro No. 5.3.

Gráfica No. 5.6



Fuente: Cuadro No. 5.4.

CAPÍTULO 6: EDUCACIÓN DE LA MUJER Y EDAD AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO

6.1. Antecedentes

El momento de inicio de formación de la familia, es un proceso en el cual confluyen diversos factores, entre los cuales dos son especialmente importantes: uno, sujeto a condicionamientos sociales y que se concreta en la transición que se produce en la vida de una mujer al pasar de un estado conyugal a otro y el otro es un evento biológico que concluye con el nacimiento del primer hijo y transforma la condición de la mujer al ser la entrada a la maternidad. Mientras que el estado conyugal puede cambiar, el cambio de estatus de no tener hijos a ser madre es irreversible.

En algunos casos el nacimiento del primer hijo precede al primer matrimonio; en otros, el primer nacimiento se produce en un periodo muy corto después de la unión conyugal como resultado de un embarazo previo a esta unión y en la mayoría de los casos, en períodos que van de uno a cinco años posteriores a la unión se produce el nacimiento del primer hijo. Pero cualquiera que sea el sentido temporal entre estos dos eventos (negativo o positivo según se produzca antes o después de la unión) y la duración del intervalo entre uno y otro, la edad de la mujer a la que se produce este acontecimiento refleja situaciones sociales y biológicas que marcan el futuro individual y colectivo en una sociedad.

La edad de la mujer al inicio de la maternidad es una variable fundamental en el análisis de los niveles y tendencias de la fecundidad, la edad de la mujer al primer hijo marca el inicio de su contribución efectiva a la fecundidad. La edad a la aparición de la menstruación define lo que podemos denominar la puerta de entrada al periodo de exposición al riesgo de tener hijos y junto con este evento, la práctica de relaciones sexuales y el establecimiento de una unión conyugal contribuyen a incrementar este riesgo. El inicio de la historia genésica impacta el nivel de fecundidad, porque cuanto más temprano sea el inicio a la maternidad, lo que generalmente se encuentra estrechamente asociado con la unión conyugal, mayor será el riesgo de embarazarse con posterioridad al primer evento genésico (Trussel, y Reinis, 1989).

Para la mujer el nacimiento del primer hijo constituye un hecho de significativa importancia, ya que marca el inicio de nuevas responsabilidades relacionadas con la maternidad

y el cuidado del niño, lo que además de influenciar su desempeño en diversos ámbitos, en gran medida determina el futuro de su comportamiento reproductivo.

El nacimiento del primogénito a una edad de la madre temprana, se asocia con una probabilidad creciente de tener el segundo hijo, o los hijos de orden superior. También, el tener hijos a edades muy tempranas está relacionado con el hecho de alcanzar a una edad muy joven el tamaño de familia deseado y por tanto, enfrentar largos periodos de exposición a nacimientos no deseados cuando el acceso a la planificación familiar es limitado o ésta no es efectiva.

En su relación con la fecundidad se ha mostrado que los eventos del curso de vida son acumulativos, es decir, los eventos tempranos afectan subsecuentemente en el curso de vida individual, en otras palabras hay una relación substancial entre el momento en que ocurre el primer nacimiento y el número y espaciamiento de los subsecuentes nacimientos. Un primer nacimiento temprano está asociado con el incremento en la probabilidad de tener mayor número de nacimientos posteriores.

Por otra parte, una situación relevante es que el inicio de la maternidad se encuentra estrechamente relacionado con la educación. Sin que necesariamente un elevado grado de correlación implique causalidad, la investigación empírica ha mostrado que un nivel mayor de educación de la mujer retrasa su entrada a la maternidad. En este sentido, se torna importante el estudio de esta relación puesto que más allá de que ésta se observe a nivel individual, el incremento del nivel educativo de la población femenina en su conjunto, estaría determinando variaciones en la fecundidad en una población.

Por lo que se ha mencionado, la edad de inicio de la maternidad es un factor relacionado a nivel individual con el número total de hijos y en términos agregados con el crecimiento demográfico, por lo que posponer el primer nacimiento como resultado de una elevada edad a la unión o un uso eficiente de métodos anticonceptivos puede jugar un importante papel en el descenso de la fecundidad y de la tasa de crecimiento de una población.

Otra de las razones por las cuales importa analizar la edad de inicio de la historia genésica radica en el hecho de esta edad se encuentra asociada con riesgos diferenciales sobre la salud de la madre y el hijo. Una maternidad temprana implica generalmente mayores riesgos para la salud tanto de la madre como del hijo (Casterline y Trussel, 1980; Cherlin y Riley, 1986; Lowe, 1977).

Por otra parte, la maternidad temprana tiende a impedir la realización de otras actividades y a limitar la elección de otras opciones de vida que pueden competir con la crianza de los hijos (Gyepi-Garbrah, 1985).

Una maternidad temprana limita el avance educacional de la madre, lo que se traduce en menores oportunidades económicas tanto de la madre como de todos los miembros del hogar (Rao y Balakrishnan, 1988). En la medida en que la entrada temprana a la maternidad implica un sacrificio educativo para una gran proporción de mujeres, tener hijos desde muy joven implica tener una vida de relativa privación, mantenerse en un grupo social de bajo nivel socioeconómico, iniciar un matrimonio con una persona que forma parte de un estrato de bajos recursos, transmitir a la generación de los hijos comportamientos y condiciones que a su vez restringen el acceso a la educación formal y en general tener una vida en la que predomina la escasez de recursos materiales. (Elder, y Rockwell 1976)

Se ha supuesto que el inicio de a la maternidad tiene efecto en la escolaridad, tener un niño a edades jóvenes implica posiblemente truncar sus estudios; por ejemplo, Kerckhoff y Parrow, (1979) encuentran que la edad temprana a la maternidad tiene un efecto substancialmente negativo con los logros educativos tanto de hombres como de las mujeres, pero con mayor énfasis en las mujeres; mientras Waite y Moore, (1978) consideran que la edad a la maternidad y los logros educativos, están mutuamente influenciados.

Los datos de las encuestas de las sociedades occidentales muestran que, el momento de inicio de la maternidad tiene impacto en el estatus económico de los hogares y ese efecto persiste a través del ciclo de vida de la mujer. En el trabajo de Grindstaff, (1984) sobre Canadá, se encuentra que las mujeres que se han casado y han tenido hijos antes de los 20 años únicamente tienen tres o nueve por ciento de probabilidades de obtener un grado en la universidad e ingresos personales de 15.000 dólares, respectivamente, lo que contrasta con la situación de las mujeres que fueron madres después de esta edad. Así mismo Beaujot (1985) encuentra que una entrada temprana a la unión y a la maternidad, esta asociada con menor nivel educativo y de ingresos.

El objetivo central de este capítulo es observar el efecto que tiene la escolaridad en la edad de inicio a la maternidad. En la primera parte se examina la relación entre educación y edad al primer hijo y se plantean las principales hipótesis en esta materia, en la segunda parte se analizan algunas de los factores que podrían estar afectando esta relación.

6.2. Aspectos conceptuales

Como ha sido mencionado reiteradamente, los mecanismos de influencia de la educación sobre la fecundidad son diversos y hay necesidad de distinguir los efectos que se producen a través de la nupcialidad, el uso de anticonceptivos (factores de oferta) y el deseo por determinado número de hijos (factor de demanda). La edad al nacimiento del primer hijo, es el resultado de la interacción de diversos factores, que actúan a través de estos tres canales en la medida en que se modifican los riesgos de concebir, bien sea porque la nupcialidad se retrasa, existe mayor conocimiento sobre la planificación familiar, el acceso a la anticoncepción se facilita y su uso se hace efectivo y las mujeres conforme incrementan su nivel de escolaridad transforman sus perspectivas respecto a su participación en actividades distintas a la maternidad y especialmente su participación en el mercado laboral, lo que modifica sus ideales reproductivos.

Se supone que la relación entre escolaridad y edad al nacimiento del primer hijo no es directa, ni mecánica ni necesariamente se produce en un sólo sentido. Al respecto, hay una gran discusión sobre la dirección de causalidad cuando se analiza esta relación. Autores como Rindfuss y Bumpass (1980), argumentan que la causalidad en la relación se da en ambos sentidos; es decir el hecho de permanecer en la escuela puede retrasar la edad de inicio a la maternidad, pero la maternidad temprana puede también ser un obstáculo al avance educacional. Si la relación se observa a partir de la secuencia con que se asumen ciertos roles sucesivos: el de estudiante y el de madre, y se asumen incompatibilidades entre ambos, es claro que las influencias se producen en uno u otro sentido, pero la relación es más compleja y por supuesto no sólo tiene que ver con esta incompatibilidad de roles.

A partir de la evidencia empírica que aportan las encuestas de fecundidad en los dos países analizados: Colombia y México, es posible apreciar el efecto que tiene un primer evento genésico sobre el avance educacional de la mujer y éste parece ser mínimo. Incluso, las mujeres que abandonan la escuela porque se embarazan, representan una proporción muy reducida del total de mujeres que inician su historia reproductiva a edades muy jóvenes. Más bien lo que se observa es que las mujeres que se embarazan muy jóvenes ya no asistían a la escuela al momento de ser madres.

Por lo ya mencionado, en este estudio se supone que es fundamentalmente la educación la que afecta la edad al primer hijo y no al contrario. Se supone además, que en la medida en que la

mujer adquiere una mayor escolaridad, adquiere también mayor autonomía en sus decisiones y puede por tanto retrasar el inicio a la maternidad.

En virtud de que como ya se anotó, la relación entre educación e inicio de la maternidad no es directa, se han identificado las variables que se consideran son los eslabones directos entre una y otra. Por lo tanto, se plantea que la escolaridad ejerce un efecto en la edad al primer evento genésico, a través de la edad a la primera relación sexual y el conocimiento y uso de anticonceptivos.

La hipótesis que guía este trabajo es que las mujeres con mayor nivel educativo tienen su primer hijo a edades más tardías que las menos escolarizadas debido a diferencias en la edad a la primera relación sexual y a un mayor uso métodos anticonceptivos. La escolaridad permite tener mayor conocimiento sobre la planificación familiar de allí que en la medida en que la mujer tenga mayor escolaridad, planificará el momento en el cual desea tener su primer hijo mediante el uso de medios para evitar embarazos no planeados.

La escolaridad se identifica como un factor protector al riesgo de embarazarse, al actuar sobre la conducta individual para posponer el inicio de la vida sexual activa o cuando ésta se inicia posponer el nacimiento del primer hijo. Cuanto más instruida sea la mujer, menor posibilidad habrá de que tenga una actividad sexual en la adolescencia. En Colombia y México se ha observado que las mujeres que han recibido 10 años o más de instrucción tienen tres o cuatro veces menos posibilidades que las que han recibido solo cuatro años de empezar sus vidas sexuales antes de cumplir 20 años de edad. (Singh y Wulf. 1991).

6.3. Variables asociadas con la edad al nacimiento del primer hijo.

6.3.1. Edad a la menarca

Uno de las condiciones iniciales para la procreación es el haber iniciado el proceso de ovulación. En este sentido el inicio de la menstruación se considera como la puerta de entrada a la etapa en que se está expuesta al riesgo de embarazarse. Este evento parece además modificar el comportamiento individual que finalmente puede incidir sobre el nacimiento del primer hijo. Son varias las hipótesis que se han planteado para relacionar la edad de aparición de la menarca y el primer embarazo, una de ellas se ubica en el terreno puramente biológico y tiene que ver

con el incremento de las hormonas sexuales, el incremento de la libido y por lo tanto una tendencia a tener relaciones sexuales a edades tempranas, lo que en condiciones en las que no se usan anticonceptivos, con la relación sexual aparece el riesgo de embarazo. Otra perspectiva es la social, en la cual la edad a la menarca implica el paso de niña a mujer y esto tiene especial significación en algunos sectores sociales ya que este evento anuncia que la mujer está lista para el matrimonio y la maternidad. Por ejemplo, la “fiesta de quince años” , es el evento social con el cual la familia de la joven celebra esta transición y es el anuncio de esta disponibilidad para iniciar una relación y ser madre; no obstante, si la mujer se encuentra inserta en la escuela, este hecho puede hacer que se posponga la entrada a la maternidad.

La investigación que analiza la relación entre edad a la primera menstruación y fecundidad no ha establecido los mecanismos que predisponen a las mujeres que inician muy jóvenes su menstruación a iniciar también tempranamente su historia reproductiva. Para la mayoría de los autores las diferencias en la edad a la que se experimenta la menarca, es en realidad indicación de diferencias en la fertilidad que incluso, van a persistir a través del tiempo como lo proponen Ryder y Westoff (1971). Para Udry (1979), una menarca temprana es señal de un eficiente funcionamiento del sistema reproductivo que garantiza una elevada fertilidad, independientemente de las prácticas sexuales. Estas situaciones sin embargo, se reflejan en una elevada fecundidad solamente en poblaciones sujetas a regimenes de fecundidad natural es decir, en donde no se hace uso de anticonceptivos

En este texto si bien se reconoce la edad a la menarca como el factor biológico con el que se inicia el periodo de exposición al riesgo de concebir, para que éste se concrete, como es obvio, deben experimentarse relaciones sexuales, por lo que también se acepta que, con la aparición de los anticonceptivos el riesgo de embarazarse disminuye o se elimina de acuerdo con la eficacia de estos métodos, lo que al final incide sobre la edad al primer nacimiento y son éstas dos variables, inicio de las relaciones sexuales y uso de anticonceptivos, las que hacen que la aparición de la menarca juegue un papel secundario en la explicación de los niveles de fecundidad asociados a características de las mujeres como la educación.

Para hablar de una relación entre condiciones sociales y edad de la menarca, es necesario hacer referencia su relación con el crecimiento físico de la mujer y que ha sido explicada básicamente a través de dos hipótesis, la primera de ellas, postula que existe una fuerte relación entre la maduración ósea y el inicio de la menstruación, de tal manera que mientras no se alcance

un determinado desarrollo del esqueleto, no se produce la menstruación (Marshall, 1974; Marshall y De Limongi, 1976); la segunda hipótesis plantea que la primera menstruación se produce una vez que se alcanza un peso apropiado para la reproducción más que un cierto desarrollo esquelético (Frish y Revelle, 1970), lo que explicaría que la obesidad adelanta la menarca mientras que la desnutrición la retarda.

Se ha considerado que en el mundo hay una tendencia secular hacia la disminución de la edad a la primera menstruación. Se supone que mejoras en el estado de salud en general y en la alimentación, así como factores ambientales, están relacionados con este inicio temprano de la menstruación, se atribuye también esta tendencia a un consumo cada vez mayor de alimentos conteniendo estrógenos.

En diversos estudios realizados en América Latina se constata que la edad a la menarca ha descendido. Para el caso de México, Welti y Grajales (1989), al analizar los datos de la Encuesta de Fecundidad y Salud realizada en 1987, estimaron que: “La edad a la menarca muestra una disminución entre las generaciones nacidas más recientemente, que al igual que lo observado en otras sociedades probablemente se encuentre asociada con la mejora en las condiciones físicas generales de las mujeres más jóvenes. La edad de inicio de la menarca es de alrededor de 13 años y se percibe un ligero descenso en las generaciones más recientes. Así, la generación 1937-41, tiene una edad promedio de 13.3 años mientras que para la generación 1967-71 es de 12.8 años”.

También se han observado diferencias en la edad de la menarca según estatus socioeconómico de tal manera que en el estudio realizado por Conde y colaboradores (2003), en Cali, Colombia, se encuentra que entre la población estudiantil, aquella ubicada en los estratos más elevados tiene una edad a la primera menstruación más temprana³⁸.

³⁸ La población analizada fue de 2.807 estudiantes, 1.402 hombres y 1.405 mujeres, entre 6 y 18 años, agrupada en tres estratos socioeconómicos: bajo (1), medio (2) y alto (3), se encontró que edad promedio de la menarca es 12 años; 24.6% se presentó a los 11, 33.6% a los 12 y 21% a los 13. La menor edad a los 8 y la máxima a los 16. Entre los 11, 12 y 13 años 80% de las niñas habían tenido su primera menstruación.

Distribución de edad de menarquia por Estrato Socio Económico (ESE) de los escolares de Cali Colombia. 2003

	ESE1	ESE2	ESE3	Total
Media	12.5	11.7	11.9	12.0
Mediana	12.0	12.0	12.0	12.0
Moda	12.4	11.7	11.9	12.0

Fuente: Conde, H. et al...Cuadro No. 5.

A pesar de las diferencias que es posible encontrar en la edad de la menarca, sólo sería importante este factor para explicar diferencias en la fecundidad en situaciones en las que se detectara que éste refleja problemas de subfecundidad o esterilidad entre grupos poblacionales, de tal manera que en proporciones significativas de la población se presenta tardíamente la primera menstruación, lo que no parece ser el caso en los dos países objeto del presente análisis. No debe sorprender por tanto, que la investigación de la edad a la menarca sea más un tema de la ginecología que de la demografía y que en la mayoría de las encuestas sociodemográficas no se obtenga información sobre ésta.

A pesar de las consideraciones anteriores sobre la poca importancia que puede tener el inicio de la menstruación como factor asociado a la edad de tener el primer hijo, se presentan a continuación los resultados de las observaciones al respecto, porque pocas veces se hace referencia a este factor. Sólo en la encuesta realizada en México y que aquí se analiza, se incluyó una pregunta que textualmente dice: ¿Qué edad tenía usted cuando le bajó la regla por primera vez?

A los 19 años de edad, la totalidad de las mujeres declaran haber tenido ya su primera menstruación y los datos muestran que entre las generaciones más jóvenes la edad de la menarca es menor. Aunque las diferencias en la edad media a la cual se produce este evento no son especialmente importantes ya que como máximo alcanzan poco menos de medio año, confirman la situación que se presenta en una gran diversidad de países y que probablemente se explica por cambios en los hábitos de alimentación que a su vez han provocado mejoras en las condiciones físicas de la población femenina que se ven reflejadas en una iniciación más temprana de la menstruación.

En las primeras edades son más notorias las diferencias en los porcentajes de mujeres que ya han tenido su primera menstruación de tal manera que a los 13 años, casi el 73 por ciento de la generación 1971-80 la ha tenido, contra el 63 por ciento de la generación 1941-50.

Según nivel de escolaridad se observan también diferencias en la edad de la menarca, de tal manera que las mujeres con mayor escolaridad inician más tempranamente su menstruación. Las diferencias prácticamente desaparecen a los 15 años en que ya casi todas las mujeres han tenido su primera menstruación. El patrón observado permite suponer que el inicio más temprano de ésta en las mujeres más escolarizadas, refleja mejores condiciones de alimentación y salud.

Por lo que hace al efecto que sobre la fecundidad puede tener esta entrada diferencial a la etapa de la ovulación y por tanto a la vida fértil, si se acepta el argumento de Udry (1979) de que las mujeres que empiezan a ovular más jóvenes son las más fértiles, implicaría que en igualdad de condiciones en otros factores, las mujeres más escolarizadas tendrían mayores riesgos de embarazarse. En realidad, como ya se verá más adelante la entrada más tardía a la unión conyugal y el mayor uso de anticonceptivos de las mujeres más escolarizadas, elimina el posible efecto que sobre el número total de hijos pudiera tener la menor edad a la menarca entre estas mujeres y en general, entre las generaciones más jóvenes. En conclusión, desde mi punto de vista este factor no tiene influencia en las diferencias en la fecundidad según nivel de escolaridad que se observan en los dos países analizados, porque incluso estaría actuando en sentido opuesto a las diferencias.

Cuadro No. 6.1

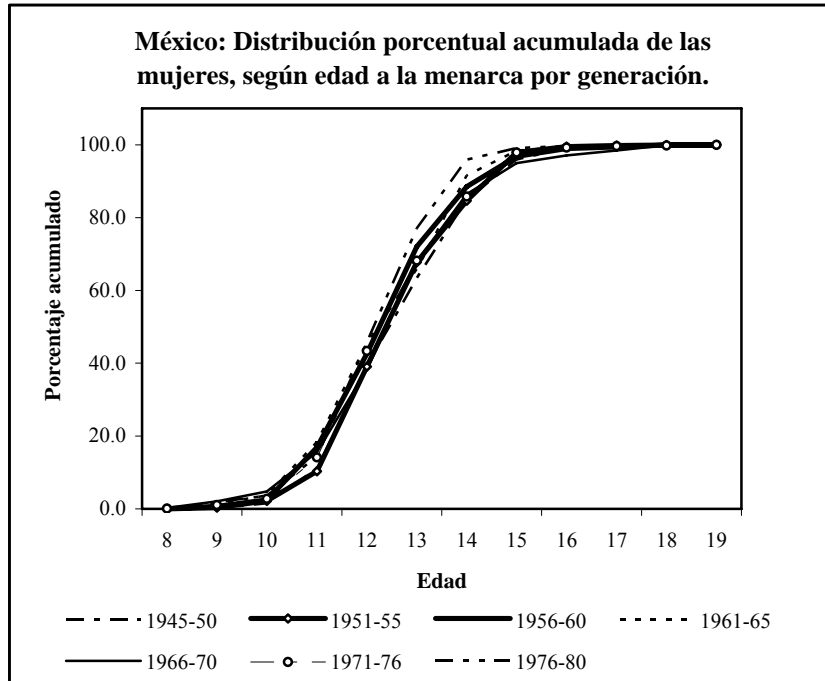
MÉXICO: EDAD PROMEDIO A LA MENARCA POR GENERACIÓN

GENERACIÓN	EDAD PROMEDIO
1946-50*	13.1
1951-55	13.0
1956-60	12.8
1961-65	12.8
1966-70	12.9
Total	12.8

*Nota: Incluye mujeres que nacieron en 1945 y que en la fecha de la encuesta tenían 49 años.

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 6.1



Fuente: Cuadro No. 6.2.

Cuadro No. 6.2

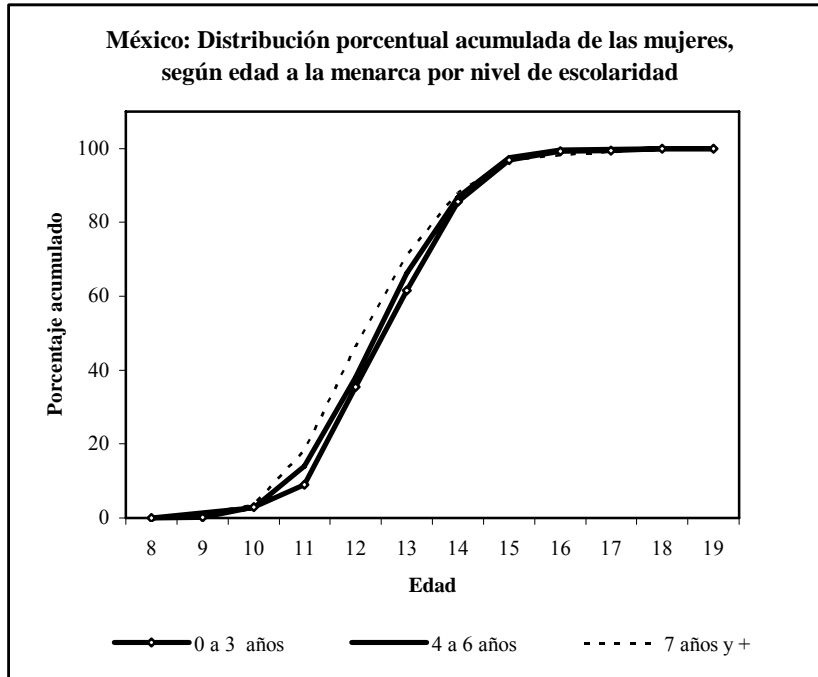
MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACUMULADA DE MUJERES, SEGÚN EDAD A LA MENARCA, POR GENERACIÓN

EDAD	GENERACION						
	1945-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	1971-76	1976-80
8	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.1
9	0.2	0.4	0.7	1.4	2.1	1.1	1.8
10	1.5	2.2	2.5	3.7	4.8	2.8	3.6
11	11.0	10.3	16.9	18.4	15.6	14.1	14.4
12	39.3	39.1	42.7	45.5	38.2	43.4	45.7
13	63.3	67.7	72.1	65.8	67.9	68.2	77.0
14	84.9	84.7	88.5	91.6	86.4	85.8	96.0
15	96.0	97.9	96.8	98.4	95.0	97.9	99.1
16	99.1	99.5	99.0	99.4	97.1	99.3	99.7
17	99.4	99.8	99.4	99.7	98.5	99.7	99.8
18	100.0	99.9	100.0	100.0	99.9	99.8	99.8
19	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Incluye mujeres que nacieron en 1945 y que en la fecha de la encuesta tenían 49 años.

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 6.2



Fuente: Cuadro No. 6.3.

Cuadro No. 6.3

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACUMULADA DE MUJERES*
SEGÚN EDAD A LA MENARCA, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD A LA MENARCA	NIVEL DE ESCOLARIDAD			Total
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
8	0.1	0.0	0.2	0.1
9	0.2	1.3	1.4	1.1
10	2.9	2.7	3.5	3.1
11	8.9	14.0	18.1	15.0
12	35.4	38.1	46.4	41.6
13	61.5	66.3	71.2	67.7
14	85.6	86.9	88.1	87.2
15	96.8	97.6	96.8	97.0
16	99.2	99.6	98.2	98.8
17	99.5	99.8	99.0	99.4
18	99.9	100.0	99.9	99.9
19	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

*Mujeres de 20 años o más de edad

6.3.2. Edad a la primera relación sexual

Aunque el embarazo es un evento probable cuando una mujer fértil tiene una relación sexual desprotegida, generalmente se acepta que el riesgo de embarazo se incrementa en el momento en que la mujer inicia una unión conyugal estable, ya que se inicia la práctica de relaciones sexuales frecuentes; sin embargo, como en muchos otros países, en Colombia y México el inicio de las relaciones sexuales no siempre se inicia con el matrimonio o la unión sino que ocurre cada vez con mayor frecuencia antes de la unión, de tal manera que la edad a la primera relación sexual independientemente, de que la mujer haya establecido una unión conyugal, se convierte en un indicador del riesgo de embarazo. De allí la importancia de conocer la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Ahora bien, el nacimiento del primer hijo a edades muy jóvenes puede deberse al menos en una parte significativa al hecho de que estas mujeres no hayan logrado un nivel educativo suficiente para ampliar sus expectativas y conocimientos de la realidad y entre otras cosas desconozcan el uso correcto de los medios para evitar el embarazo.

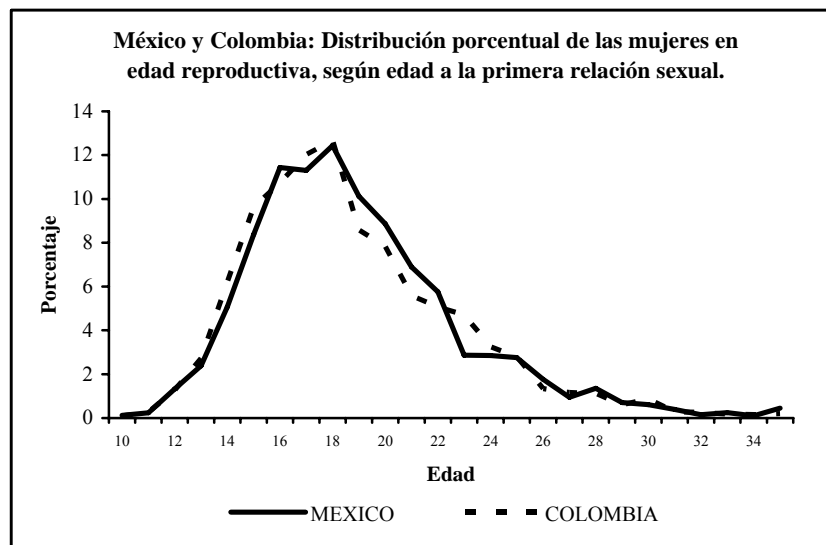
La información de las encuestas analizadas en Colombia y México, permite estimar la edad a la cual la mujer entrevistada tuvo su primera relación sexual. Se asume que la respuesta que ofrece la mujer entrevistada a la pregunta correspondiente, se refiere a relaciones que suponen un riesgo de embarazarse, es decir relaciones coitales.

Los datos permiten observar que el inicio de las relaciones sexuales en los dos países no se da como comúnmente se cree a edades muy tempranas, si bien hay una proporción importante de mujeres que inician las relaciones sexuales antes de los 15 años, el mayor porcentaje se concentra entre los 18 y 20 años.

Las gráficas que se presentan a continuación constituyen una primera aproximación al análisis de este evento, y debe tomarse en cuenta que están afectados por el hecho de que se incluyen las mujeres independientemente de su edad actual y obviamente, no es posible conocer la edad a la que tendrán su primera relación las mujeres que en la fecha de la encuesta no la han experimentado, sólo conocemos la edad de este evento cuando ya se ha producido en el momento de la encuesta. Para hacer estimaciones que tomen en cuenta este efecto de “pérdida” de casos que llegan a cierta edad sin haber enfrentado el evento que se analiza, se utilizarán más adelante métodos basados en la metodología usada para construir una tabla de vida. Una vez reconocida

esta limitación, en esta primera visión de los datos además de hacer evidente que hay mujeres que desde temprana edad inician su vida sexual, es posible observar que hay un número significativo de mujeres que después de los 30 años reportan haber tenido su primera relación sexual. Aunque no es el objetivo de este trabajo, sería interesante no sólo analizar las características del inicio temprano de la vida sexual, sino también el inicio tardío.

Gráfica No. 6.3



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

Es posible comparar el patrón de inicio de la actividad sexual entre Colombia y México, sobresaliendo las grandes diferencias en los porcentajes de mujeres en cada grupo de edad que no han tenido relaciones sexuales entre las mujeres menores de 30 años. Después de esta edad las diferencias disminuyen, pero como puede verse, en México, más del 40 por ciento de las mujeres en el grupo de 20 a 24 años no han tenido relaciones sexuales, contra el 25 por ciento en Colombia, incluso en el siguiente grupo etario (25-29), casi el 20 por ciento de mujeres mexicanas declaran no haber tenido relaciones sexuales. Este resulta ser un hallazgo significativo que muestra un claro comportamiento diferencial, de tal manera que se puede hablar de un inicio tardío de la vida sexual en el caso de las mujeres mexicanas, si lo comparamos con lo que sucede en Colombia. Entre las mujeres de 15 a 19 años ocho de cada diez mujeres mexicanas no han tenido su primera relación sexual, contra siete de cada diez en el caso de las mujeres

colombianas, diferencia que puede parecer no importante, pero cuando menos en el siguiente grupo de edad llama la atención que poco menos de la mitad de las mujeres mexicanas hayan declarado que no han tenido relaciones sexuales. Después de los treinta años, más del noventa por ciento de las mujeres en ambos países han tenido ya su primera relación sexual y se puede observar en cada generación cual es el patrón de entrada a la actividad sexual por edad en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 6.4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL. COLOMBIA Y MÉXICO

EDAD ACTUAL	HAN TENIDO EXPERIENCIA SEXUAL		TOTAL	EDAD A LA RELACIÓN SEXUAL					
	Nunca	Si ha tenido		< de 15	15 - 17	18- 19	20- 21	22- 24	25 y+
COLOMBIA									
15-19	70.4	29.6	100.0	26.3	63.1	10.6			
20-24	25.1	74.9	100.0	11.4	42.5	28.2	12.7	5.1	
25-29	8.6	91.4	100.0	7.0	29.3	23.8	16.5	16.9	6.5
30-34	6.4	93.6	100.0	9.3	27.5	19.3	14.9	15.8	13.2
35-39	3.3	96.7	100.0	9.1	27.5	21.0	14.4	14.4	13.7
40-44	3.1	96.9	100.0	9.3	24.6	20.3	14.2	18.4	13.3
45-49	3.6	96.4	100.0	11.3	25.8	18.1	13.4	14.2	17.1
TOTAL	21.5	78.5	100.0	10.6	32.4	21.3	13.4	13.0	9.3
MÉXICO									
15-19	79.6	20.4	100.0	26.7	62.9	10.3			
20-24	41.8	58.2	100.0	6.4	35.1	34.4	19.6	4.6	
25-29	19.9	80.1	100.0	4.4	24.3	24.5	22.6	16.7	7.6
30-34	5.9	94.1	100.0	7.6	31.1	17.2	17.2	11.7	15.1
35-39	5.5	94.5	100.0	10.9	30.9	22.1	9.7	14.2	12.2
40-44	1.0	99.0	100.0	12.4	23.6	22.4	12.9	10.7	18.1
45-49	3.3	96.7	100.0	11.1	28.0	18.9	16.6	16.0	9.3
TOTAL	29.9	70.1	100.0	9.4	31.1	22.6	15.8	11.5	9.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Cuadro No. 6.5

**PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN EDAD
A LA PRIMERA RELACION SEXUAL, POR GENERACIÓN**

EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	GENERACIONES					TOTAL
	1945-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	
Colombia						
antes de 16	18.0	16.3	17.2	16.9	15.7	20.3
antes de 17	27.7	24.7	25.6	25.9	25.5	31.0
antes de 18	36.9	34.8	35.5	36.7	37.8	43.0
antes de 19	47.8	45.8	48.9	48.3	51.8	55.7
antes de 20	55.5	54.8	57.7	55.5	62.2	64.3
antes de 21	62.5	62.0	65.9	64.2	72.3	72.1
antes de 22	68.7	69.1	72.2	70.5	78.8	77.7
antes de 23	72.8	74.5	78.1	77.2	85.3	82.8
antes de 24	78.4	83.7	82.1	82.1	91.3	87.5
antes de 25	82.7	87.5	86.6	86.5	95.0	90.8
México						
antes de 16	19.9	22.0	16.6	12.9	12.4	17.8
antes de 17	30.5	29.3	29.9	24.6	23.1	29.3
antes de 18	38.4	36.7	41.4	38.8	29.0	40.6
antes de 19	48.8	49.7	52.8	48.9	40.8	53.0
antes de 20	56.8	59.4	64.1	55.7	53.6	63.1
antes de 21	68.9	65.9	68.9	65.3	65.1	72.0
antes de 22	73.0	72.5	73.8	73.1	76.0	78.9
antes de 23	83.6	77.1	79.2	77.8	84.6	84.6
antes de 24	87.7	80.1	83.1	80.7	88.6	87.5
antes de 25	90.4	82.1	87.8	84.8	92.6	90.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Como ya se mencionó, contrario a lo idea muy generalizada de que los jóvenes inician las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, los datos muestran que no es posible mantener esta idea en los dos países analizados. Las nuevas generaciones al parecer están retrasando la edad de inicio de las relaciones sexuales cuando menos más allá de la adolescencia. Es claro ver que mientras en la generación más vieja 20 por ciento de las mujeres han tenido su primera relación sexual antes de los 16 años, en las generaciones más jóvenes los porcentajes van del 12 al 15 por ciento. Después de los 18 años esta tendencia generacional hacia la posposición de la edad a la primera relación sexual disminuye en Colombia, no así en el caso de México que parece mantenerse incluso más allá de los 20 años.

Aunque las encuestas analizadas no ofrecen información para explicar este cambio de comportamiento, no debe descartarse que el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual e incluyendo el SIDA, pueden modificar la conducta juvenil o por otra parte, estamos viendo que los jóvenes se están volviendo cada vez más conservadores en muchos aspectos de su vida incluyendo el comportamiento sexual. Por ejemplo, según datos recientes de la Encuesta de la Juventud realizada en México en el año 2000, porcentajes crecientes de mujeres jóvenes consideran que es importante llegar virgen al matrimonio. Incluso, en este ámbito relacionado con las actitudes de los jóvenes y a partir de los datos de esta encuesta, las mujeres consideran que “lo más importante en su vida” es casarse, en proporciones similares al hecho de tener un buen trabajo. Los hombres por su parte, declaran precisamente, que lo más importante en su vida es tener un buen trabajo (Encuesta Nacional de la juventud, 2000).

Es muy probable que detrás del comportamiento de cada generación con respecto a la edad a la primera relación sexual, se encuentre entre otros factores que la influyen, el nivel de escolaridad. Si se considera a la población femenina clasificada de acuerdo con su escolaridad, una primera observación de esta relación, muestra en ambos países que un menor nivel de escolaridad está asociado con mayores porcentajes de mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, esto sin embargo, se encuentra influenciado por la distribución por edad al interior de cada grupo de mujeres. Las mujeres menos escolarizadas tienen una estructura por edad más vieja que quienes se ubican en los otros dos grupos y por tanto, en sentido estricto esto puede hacer que simplemente por la edad, se observen porcentajes mayores de mujeres que ya han tenido relaciones sexuales. Para eliminar este efecto, se han clasificado a las mujeres según edad y nivel de escolaridad.

Pueden observarse en cada grupo de edad las grandes diferencias en los porcentajes de mujeres que ya han tenido relaciones sexuales según niveles de escolaridad. Entre las mujeres mexicanas de 15 a 19 años y que no asistieron a la escuela, o sólo alcanzaron a completar los tres primeros años de educación primaria, más de la mitad declaró haber tenido ya su primera relación sexual, mientras que este porcentaje llega sólo al diez por ciento en el caso de quienes al menos ingresaron a la escuela secundaria. Las diferencias son todavía muy importantes en el siguiente grupo de edad, para disminuir a partir de los 25 años.

En el caso de Colombia, las diferencias también son muy significativas y se confirma una incidencia más temprana en la edad de la primera relación sexual, si se le compara con la situación observada en México.

Los datos parecen confirmar que efectivamente la educación constituye un factor que inhibe el inicio temprano de las relaciones sexuales.

Cuadro No. 6.6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL POR EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD. MÉXICO Y COLOMBIA

EDAD ACTUAL	HA TENIDO EXPERIENCIA SEXUAL		TOTAL	EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL					
	NO	SI		< DE 15	15 - 17	18- 19	20- 21	22- 24	25 Y +
COLOMBIA									
0 A 3 AÑOS	8.1	91.9	100	21.2	39.9	16.6	10.2	7.4	4.7
4 A 6 AÑOS	18.1	81.9	100	13.0	36.8	21.9	11.4	9.5	7.4
7 AÑOS Y +	30.4	69.6	100	4.5	26.5	23.0	16.0	17.6	12.3
TOTAL	21.5	78.5	100	10.6	32.4	21.3	13.4	13.0	9.2
MÉXICO									
0 A 3 AÑOS	10.6	89.4	100.0	23.9	40.0	18.7	6.9	5.6	4.8
4 A 6 AÑOS	20.3	79.7	100.0	9.2	40.3	19.9	14.0	9.7	6.8
7 AÑOS Y +	41.8	58.2	100.0	2.3	19.2	26.6	21.6	15.9	14.4
TOTAL	29.9	70.1	100	9.4	31.1	22.6	15.8	11.5	9.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Cuadro No. 6.7**PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES QUE YA HAN TENIDO
RELACIONES SEXUALES, SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
MÉXICO Y COLOMBIA**

GRUPOS DE EDAD PAIS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Colombia				
15-19	54.5	35.8	23.0	29.6
20-24	90.0	83.2	66.7	74.2
25-29	95.0	93.2	88.4	90.6
30-34	95.4	95.9	90.7	93.0
35-39	97.9	97.9	94.8	96.4
40-44	97.0	98.1	95.4	96.7
45-49	97.8	95.7	94.6	96.3
Total	91.9	81.5	69.6	78.5
México				
15-19	52.7	36.2	10.4	20.4
20-24	81.9	66.3	52.5	58.2
25-29	77.1	87.6	77.9	80.1
30-34	96.8	95.4	92.3	94.1
35-39	97.6	96.1	91.4	94.6
40-44	99.3	98.7	99.4	99.0
45-49	99.9	92.6	98.6	96.7
Total	89.4	79.7	58.2	70.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

A partir de un análisis basado en la metodología aplicada a la construcción de una tabla de vida, cuyo objetivo es describir de qué manera la población femenina experimenta a través del transcurso de su vida un evento particular, que en este caso es su primera relación sexual, es posible observar las diferencias según nivel de escolaridad. Con esta metodología, como ya se mencionó en otro capítulo, se elimina el efecto de tener lo que se denomina casos “censurados” o truncados, es decir, aquellos que a la edad a la cual fueron captados por la encuesta no han experimentado el evento terminal motivo del análisis.

Es claro que la educación juega un papel muy importante en la edad de inicio de las relaciones sexuales. Los valores que aparecen en el cuadro No. 6.8, permiten calcular entre otras cosas la edad mediana a la primera relación sexual, para cada uno de los grupos en que ha sido clasificada la población femenina, las diferencias son de más de cuatro años en el caso de México y de tres años en Colombia. Con valores de 16.6, 17.9 y 20.8 años para México y de 16.4, 17.5 y 19.7 años para Colombia, en los grupos respectivos. Así, lograr 7 o más años de

escolaridad retrasa de manera significativa la primera relación sexual si se le compara con las mujeres que no asistieron a la escuela o tienen primaria incompleta.

Cuadro No. 6.8

**EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN
NIVEL DE ESCOLARIDAD. COLOMBIA Y MÉXICO**

PAÍS	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
COLOMBIA	16.4	17.5	19.7
MÉXICO	16.6	17.9	20.8

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Cuadro No. 6.9

**COLOMBIA: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE TENER LA PRIMERA
RELACIÓN SEXUAL HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES
DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD A LA 1a RELACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.040	0.014	0.004
13	0.098	0.039	0.012
14	0.200	0.106	0.033
15	0.328	0.210	0.078
16	0.460	0.323	0.144
17	0.574	0.437	0.241
18	0.679	0.570	0.352
19	0.741	0.653	0.442
20	0.801	0.722	0.531
21	0.843	0.773	0.598
22	0.873	0.816	0.668
23	0.900	0.851	0.731
24	0.921	0.880	0.779
25	0.934	0.903	0.828
26	0.944	0.912	0.854
27	0.949	0.922	0.877
28	0.952	0.935	0.900
29	0.957	0.942	0.913
30	0.964	0.953	0.926
31	0.968	0.957	0.932
32	0.970	0.960	0.939
33	0.970	0.963	0.944
34	0.971	0.966	0.947
35	0.974	0.971	0.953
36	0.975	0.973	0.955
37	0.975	0.975	0.955
38	0.975	0.976	0.958
39	0.976	0.978	0.958
40	0.976	0.979	0.960
41	0.976	0.980	0.961
42	0.976	0.980	0.961
43	0.976	0.980	0.961
44	0.976	0.980	0.961
45	0.976	0.980	0.961
46	0.976	0.980	0.961
47	0.976	0.982	0.961
48	0.976	0.982	0.961
49	0.976	0.982	0.961

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

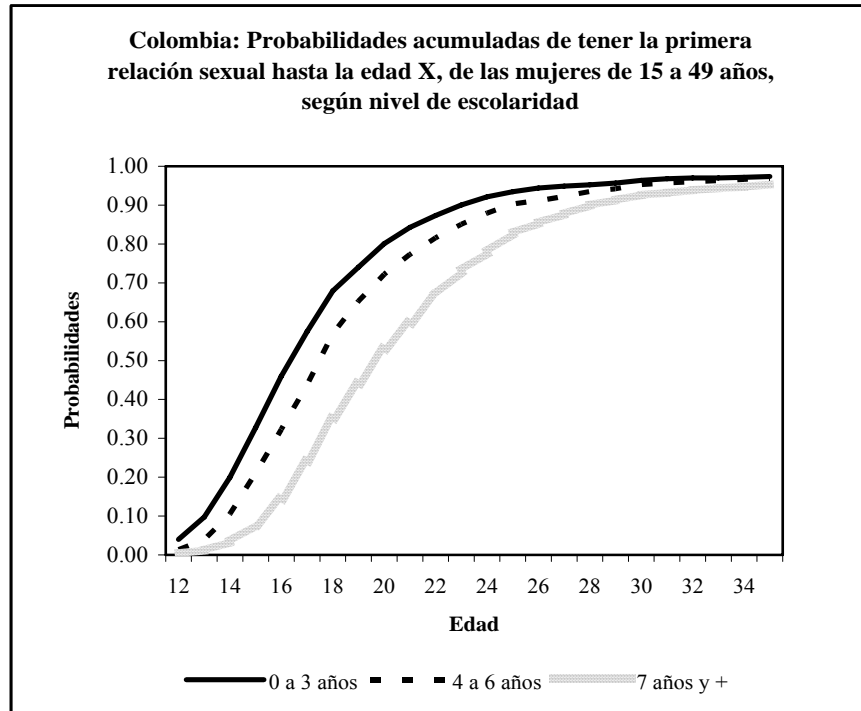
Cuadro No. 6.10

**MÉXICO: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE TENER LA PRIMERA
RELACIÓN SEXUAL HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES
DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD A LA 1a RELACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.042	0.008	0.002
13	0.096	0.029	0.007
14	0.192	0.079	0.017
15	0.312	0.172	0.051
16	0.434	0.282	0.101
17	0.545	0.404	0.171
18	0.637	0.506	0.262
19	0.716	0.596	0.348
20	0.776	0.674	0.440
21	0.818	0.737	0.519
22	0.852	0.784	0.594
23	0.870	0.821	0.650
24	0.888	0.847	0.701
25	0.905	0.870	0.748
26	0.914	0.884	0.783
27	0.922	0.897	0.813
28	0.929	0.908	0.838
29	0.935	0.915	0.856
30	0.936	0.920	0.870
31	0.940	0.929	0.882
32	0.944	0.931	0.888
33	0.945	0.933	0.898
34	0.948	0.938	0.901
35	0.948	0.939	0.914
36	0.949	0.941	0.917
37	0.950	0.943	0.922
38	0.951	0.943	0.922
39	0.951	0.946	0.922
40	0.954	0.946	0.922
41	0.954	0.946	0.922
42	0.954	0.946	0.922
43	0.954	0.946	0.922
44	0.955	0.946	0.922
45	0.955	0.946	0.922
46	0.955	0.949	0.922
47	0.955	0.949	0.922
48	0.955	0.949	0.922
49	0.955	0.949	0.922

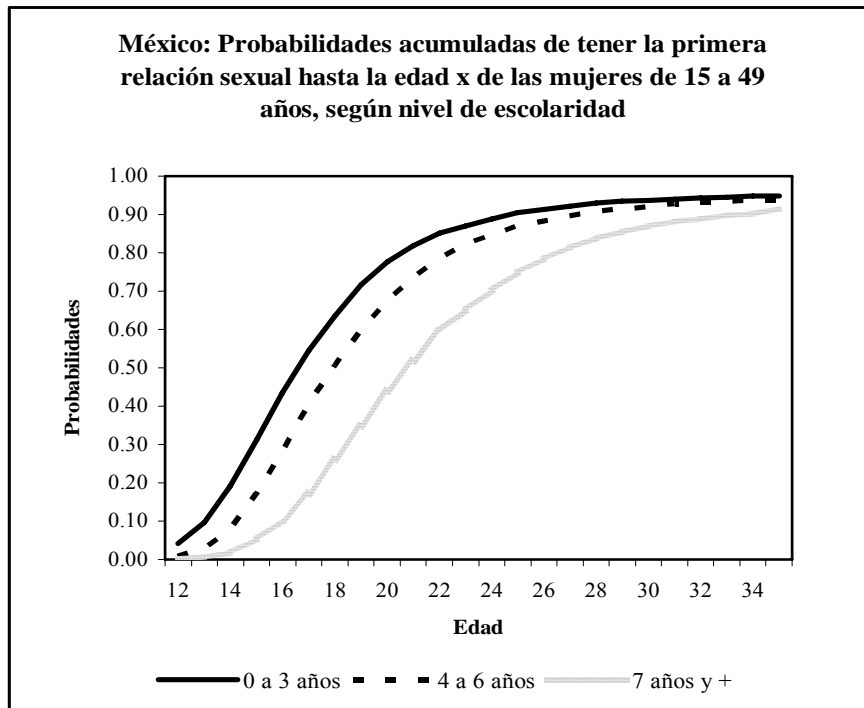
Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 6.4



Fuente: Cuadro No. 6.9.

Gráfica No. 6.5



Fuente: Cuadro No. 6.10.

Las probabilidades acumuladas de tener la primera relación sexual a cada una de las edades muestran muy claramente el patrón con el cual las mujeres se incorporan a la vida sexual. En México, las mujeres que no alcanzaron más de tres años de escolaridad, tienen diez veces más probabilidades de haber tenido antes de los 15 años relaciones sexuales, si se les compara con las mujeres con 7 o más años de escolaridad. En el caso de Colombia las diferencias a esta edad son ligeramente menores a las mencionadas, pero de cualquier forma son muy significativas.

Aunque las diferencias permanecen a lo largo de todo el intervalo de edad que se presenta en los cuadros respectivos, éstas van disminuyendo porque los porcentajes de mujeres que han tenido ya su primera relación sexual permanecen prácticamente sin cambio después de los 35 años. Llama la atención que si bien las mujeres colombianas inician más jóvenes su actividad sexual, los datos muestran que un porcentaje ligeramente superior al que presentan las mujeres mexicanas no tiene relaciones sexuales y después de los 40 años éste es de poco menos del diez por ciento. Es además perceptible que las mujeres más escolarizadas declaran en mayor proporción no haber tenido relaciones sexuales.

Un aspecto interesante de la situación que presenta cada uno de los dos países analizados, respecto a la edad a la primera relación sexual, es el hecho de que un porcentaje considerablemente superior de mujeres mexicanas tienen su primera relación sexual al momento de la unión, contrario a lo que pasa entre las mujeres colombianas. Sin duda, las diferencias reflejan los patrones de formación de las uniones conyugales en los dos países, de tal manera que en México para un gran porcentaje de mujeres, la pareja con quien se tiene la primera relación sexual se convierte en el esposo o compañero conyugal, mientras en Colombia esto no es necesariamente así y una proporción mayoritaria de mujeres tiene más de una pareja sexual antes de establecer una unión

Cuadro No. 6.11

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE HAN
TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL AL MOMENTO
DE LA PRIMERA UNIÓN POR EDAD.
MÉXICO Y COLOMBIA**

EDAD ACTUAL	EDAD A LA RELACIÓN SEXUAL	
	MÉXICO	COLOMBIA
15-19	65.5	34.1
20-24	78.2	38.2
25-29	74.8	38.4
30-34	77.9	44.7
35-39	80.3	47.3
40-44	75.2	53.0
45-49	82.4	53.5
TOTAL	77.1	44.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Se observa además un cambio generacional, ya que según estos datos, con menor frecuencia las mujeres jóvenes se unen con la persona con la que tuvieron su primera relación sexual. Este fenómeno no parece diferenciarse significativamente entre los distintos grupos de escolaridad en Colombia, sin embargo, las mujeres más escolarizadas en menor porcentaje han tenido su primera relación con su pareja conyugal, mientras que en México los grupos extremos, ya sea que tienen hasta tres años de escolaridad o que tienen la secundaria o más años, tienen los menores porcentajes de mujeres que se unieron con la persona con quien tuvieron su primera relación sexual, sin que pueda afirmarse categóricamente que la escolaridad modifica este comportamiento.

Cuadro No. 6.12

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO
SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL AL MOMENTO DE LA
PRIMERA UNIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD
MÉXICO Y COLOMBIA**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	MÉXICO	COLOMBIA
0 A 3 AÑOS	74.0	46.5
4 A 6 AÑOS	81.2	48.6
7 AÑOS Y +	75.5	40.4
TOTAL	77.1	44.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Con respecto a las actitudes que pueden estar detrás del comportamiento descrito, a las mujeres mexicanas se les preguntó si estaban o no de acuerdo en que las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio y la respuesta a esta pregunta indica que las más escolarizadas en todas las generaciones piensan que sí. Sin embargo, los muy elevados porcentajes de mujeres que no están de acuerdo con que se tengan relaciones sexuales antes del matrimonio, incluso entre las más escolarizadas, ayuda a explicar los datos del cuadro No. 6.12 en el cual se presentan los porcentajes de mujeres que se unieron con su pareja en la primera relación sexual y confirman la importancia que aún se le concede al hecho de llegar virgen al matrimonio.

Cuadro No. 6.13

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES SEGÚN ACUERDO O DESACUERDO EN QUE SE TENGAN RELACIONES SEXUALES ANTES DEL MATRIMONIO POR GENERACIÓN Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD OPINIÓN	GENERACIONES					TOTAL
	1945-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	
0 a 3 años						
Si	13.3	6.2	11.2	15.0	20.7	13.7
No	86.7	93.8	88.8	85.0	79.3	86.3
4 a 6 años						
Si	7.7	22.4	12.6	13.1	16.6	15.5
No	92.3	77.6	87.4	86.9	83.4	84.5
7 años y +						
Si	43.8	39.7	26.8	44.0	44.6	36.6
No	56.2	60.3	73.2	56.0	55.4	63.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

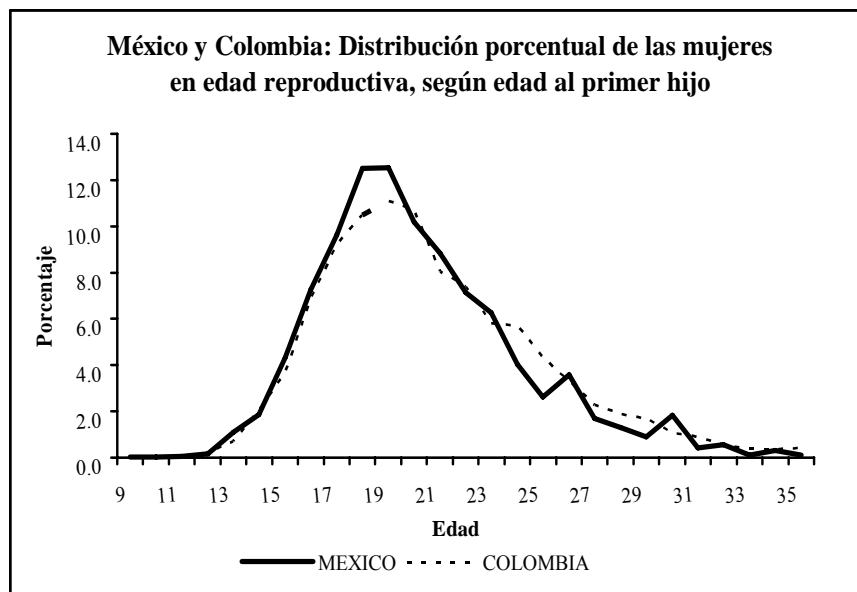
Por el momento, puede decirse que los datos contradicen la idea generalizada de que los jóvenes de las generaciones más recientes inician su actividad sexual más temprano que en el pasado. Entre las generaciones anteriores, la unión era mucho más temprana y estaba asociada estrechamente con la primera relación sexual ante los riesgos de quedar embarazada, en el presente los jóvenes han separado la sexualidad de la unión y de la reproducción, pero además no parece que el inicio de la vida sexual se esté adelantando. Al mismo tiempo, parece claro que la educación retrasa la primera relación sexual.

6.4. Edad al nacimiento del primer hijo.

De acuerdo a la figura No.6.6 en la cual se muestra la distribución de la edad al primer nacimiento por años simples, es evidente que la mayoría de las mujeres en los dos países empieza a tener hijos a edades tempranas. Muchos de esos primeros nacimientos ocurren entre los 16 y 19 años y se concentran principalmente entre los 20 y 21 años, pocos ocurren después de los 25 años. No obstante un hecho destacable es que en Colombia esa distribución es ligeramente diferente a la de México, es decir, después de los 25 años hay una proporción importante de mujeres que empiezan a tener hijos. Sin embargo, todavía está muy alejada de la curva que

muestran países como España o la de países europeos donde la edad media al nacimiento del primer hijo esta en 29.7 años (INE, 2004)

Gráfica No. 6.6



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

La figura revela los extremos en la edad a la cual se ha tenido el primer hijo, de tal forma que la más temprana es a los 9 años y las más tardías después de los 40 años. Es importante resaltar que en los extremos se presentan pocos casos y en las edades jóvenes es difícil aceptar que se tengan hijos a edades tan tempranas y por tanto, es posible suponer que estamos ante problemas de mala declaración de la fecha de nacimiento o problemas con la imputación de esta información en la edición de los datos, que no es posible evaluar. Sin embargo, por el número de casos, éstos no tienen mayor efecto sobre los resultados y no se han tomado en cuenta en los cálculos más elaborados que se presentan a continuación.

Como parte de las primeras aproximaciones al análisis de la edad de inicio de la maternidad, el cuadro No. 6.14 presenta los porcentajes de mujeres por grupos de edad que ya han sido madres y su distribución según la edad de nacimiento del primogénito. En el grupo 20 a 24 años, ya más de la mitad de las mujeres colombianas han sido madres, lo que no se observa en el caso de México: Sin embargo, lo que más llama la atención en Colombia, es tanto el mayor porcentaje de mujeres que después de los 40 años declaran no haber tenido hijos, como los

porcentajes de mujeres que después de los 25 años tuvieron a su primer hijo y que en Colombia alcanzan hasta una cuarta parte del total de mujeres para las cuales es posible hacer este cálculo. Es decir, se observa que en Colombia además de los menores porcentajes de madres por primera vez antes de los 20 años, se percibe como contrapartida un mayor porcentaje de primeros nacimientos después de los 25 años y no es esto sólo una ligera posposición del nacimiento del primer hijo por encima de esta edad, sino una posición hasta edades avanzadas del periodo reproductivo.

Tanto en México como en Colombia sólo hay una pequeña proporción de mujeres que ha tenido a su primer hijo antes de los 15 años. Las diferencias son notorias a partir de los 17 años, ya que es claro observar que hay una mayor proporción de mujeres que inician su maternidad en estas edades en México, en contraste con Colombia; si bien en los dos países hay una concentración entre los 18 a 21 años en todos los grupos de edad y como ya se dijo, en el caso de Colombia hay porcentajes muy significativos de mujeres que tienen el primer hijo después de los 25 años.

Cuadro No. 6.14

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES, SEGUN SI HAN TENIDO O NO HIJOS
Y EDAD AL PRIMER HIJO AL MOMENTO DE LA ENCUESTA**

GRUPOS DE EDAD	NO HA TENIDO HIJOS	CON AL MENOS UN HIJO	EDAD AL PRIMER HIJO						TOTAL
			<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	
México									
15-19	85.9	14.1	10.8	60.8	28.4				100.0
20-24	51.9	48.1	2.2	23.6	37.1	28.4	8.7		100.0
25-29	25.8	74.2	1.4	16.2	21.2	22.2	25.9	13.1	100.0
30-34	9.5	90.5	0.9	12.8	19.1	22.1	28.5	16.4	100.0
35-39	8.5	91.5	4.0	23.2	25.8	13.4	16.3	17.3	100.0
40-44	3.0	97.0	4.4	18.6	14.1	21.4	18.9	22.5	100.0
45-49	5.9	94.1	3.5	17.7	25.6	19.2	19.8	14.2	100.0
Total	35.4	64.6	3.2	21.2	25.0	19.0	17.5	14.1	100.0
Colombia									
15-19	86.6	13.4	9.7	63.9	26.4				100.0
20-24	45.3	54.7	4.6	27.8	33.5	23.7	10.4		100.0
25-29	22.7	77.3	2.0	17.7	21.0	21.1	23.9	14.3	100.0
30-34	14.5	85.5	2.0	17.6	18.0	19.1	19.8	23.5	100.0
35-39	9.1	90.9	2.6	13.8	20.4	19.3	19.6	24.4	100.0
40-44	6.2	93.8	2.5	15.3	18.7	15.6	23.1	24.8	100.0
45-49	9.1	90.9	3.1	16.5	17.4	17.9	19.4	25.8	100.0
Total	33.2	66.8	0.9	12.6	19.7	21.8	21.3	23.7	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

La forma de la distribución de la edad al primer hijo, permite conocer los valores más frecuentes y las edades extremas de la maternidad, pero no nos dicen mucho sobre los patrones reproductivos de las poblaciones analizadas; es posible, sin embargo, utilizar nuestros datos para calcular algunas medidas de lo que se denomina calendario de la fecundidad de primeros nacimientos o “timing” en inglés, de tal manera que siguiendo a Rindfuss et al, (1989), se calculó la tasa de primeros nacimientos por edad de la madre. Esto implicó a su vez el cálculo de la proporción de mujeres sin hijos a la edad x y la probabilidad de tener al primer hijo a esa edad ($1BP_x$), de tal manera que:

$$1BP_x = 1b_x / l_x$$

En donde b_x es la proporción que tiene al hijo a la edad x y l_x son las mujeres en riesgo de tener al hijo a cada edad exacta x.

El complemento de esta probabilidad los constituye la proporción que no tiene a un hijo a esta edad.

$$1 - 1BP_x = 1PSH_x$$

La proporción total sin hijos (PSH_x) es igual al producto de las proporciones desde la edad más joven del periodo reproductivo hasta la edad exacta x, es decir:

$$PSH_x = (1PSH_{12}) * (1PSH_{13}) * (1PSH_{14}) \dots * (1PSH_{x-1})$$

Por cierto, este indicador es una medida de lo que se puede llamar el retraso de la fecundidad hasta la edad x.

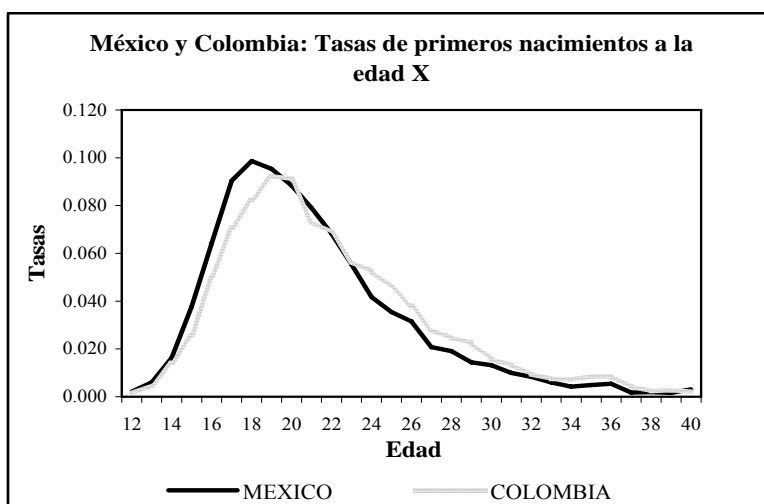
El producto de la proporción sin hijos a la edad x y la probabilidad de tener al primer hijo a la edad x es lo que se denomina la tasa de primeros nacimientos a esa edad, TPN_x . Es decir, un indicador de la proporción de mujeres que a una edad dada x son madres por primera vez.

Es muy interesante observar para el conjunto total de mujeres, que en las primeras edades las tasas de primeros nacimientos en México son ligeramente superiores a las que se observan en Colombia. En México la tasa más elevada de primeros nacimientos se presenta a los 18 y en Colombia a los 19 años, pero a partir de los 22 años y hasta los 39, las tasas de primeros nacimientos en Colombia son superiores a las que se observan en México, lo que quiere decir, que no sólo una mayor proporción de las mujeres colombianas inician más tarde su historia genésica sino que además, aquellas mujeres que no han sido madres a edades muy jóvenes, tienen mayores chances de tener a su primer hijo incluso a edades cercanas a los 40 años si se les compara con las mujeres en México.

Los datos de las encuestas indican que en Colombia y en México las mujeres tienen una edad al primer hijo relativamente temprana, más de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años han sido madres antes de los 21 años (lo que equivale a una tasa acumulada de primeros nacimientos superior a 500 por mil mujeres, si se utilizaran los valores correspondientes a esta tasa).

La situación que ya se percibía en el cuadro anterior se hace más evidente con las tasas de primeros nacimientos, en las edades más avanzadas del período reproductivo, las mujeres colombianas son madres por primera vez en mayores proporciones que las mujeres mexicanas y además de observarlo en los valores correspondientes, la gráfica lo muestra con mayor nitidez.

Gráfica No. 6.7



Fuente: Cuadro No. 6.15.

Cuadro No. 6.15

TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS A LA EDAD X. COLOMBIA Y MÉXICO

EDAD AL PRIMER HIJO	COLOMBIA	MÉXICO
12	0.0014	0.0022
13	0.0048	0.0060
14	0.0142	0.0163
15	0.0257	0.0378
16	0.0501	0.0642
17	0.0707	0.0904
18	0.0824	0.0986
19	0.0924	0.0954
20	0.0911	0.0884
21	0.0731	0.0791
22	0.0689	0.0683
23	0.0564	0.0554
24	0.0525	0.0418
25	0.0459	0.0354
26	0.0380	0.0316
27	0.0279	0.0207
28	0.0246	0.0191
29	0.0226	0.0144
30	0.0156	0.0132
31	0.0134	0.0100
32	0.0095	0.0083
33	0.0075	0.0060
34	0.0073	0.0042
35	0.0085	0.0049
36	0.0086	0.0054
37	0.0042	0.0017
38	0.0024	0.0019
39	0.0028	0.0016
40	0.0021	0.0031

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

En virtud de que los primeros datos analizados muestran cambios generacionales, podemos ver detenidamente el comportamiento de varias generaciones a través de los porcentajes acumulados que ya han tenido hijos a determinada edad. El cuadro No. 6.16 muestra para cada edad, la manera que las mujeres se van incorporando a la maternidad hasta antes de cumplir 25 años, por lo que se han incluido por el momento sólo mujeres de 25 años de edad o más.

Al analizar la edad de inicio a la maternidad entre las generaciones en cada país, se aprecia que las mujeres de las generaciones más viejas iniciaron más temprano su maternidad. Sin embargo, se aprecian diferencias entre países, de manera que se confirma un inicio más

precoz en el caso de México y mayores porcentajes de mujeres que ya han sido madres en cada una de las edades y en cada generación. Así, antes de los 21 años, las tres primeras generaciones de mujeres mexicanas representadas en el cuadro No. 6.15, la mitad de ellas ya eran madres y antes de los 25 años alrededor de 7 de cada diez había tenido un primer hijo. Sin embargo, las tendencias hacia la posposición de la maternidad son cada vez más evidentes entre las mujeres pertenecientes a las generaciones más jóvenes.

Un hecho interesante es que con el incremento de la edad al primer hijo en las generaciones sucesivas representadas en las encuestas que sirven de base a este análisis, las diferencias entre países que se observaban cuando la atención estaba puesta en las mujeres más viejas van disminuyendo conforme se pasa a las generaciones más recientes; es decir, los comportamientos de las mujeres jóvenes de Colombia y México, son cada vez más homogéneos.

Si bien, hay una clara tendencia a posponer la maternidad entre las generaciones jóvenes es aún considerable el porcentaje de mujeres con una maternidad precoz, de manera que una de cada cuatro jóvenes ha sido ya madre antes de los 18 años. Es importante resaltar los problemas de salud que implica esta maternidad precoz, tanto para la madre como para el hijo y que debe de tenerse en cuenta para el diseño de las políticas de salud reproductiva, porque estas cifras muestran que a pesar de la disminución de la fecundidad, la fecundidad de las jóvenes resulta ser todavía un problema que debe atenderse.

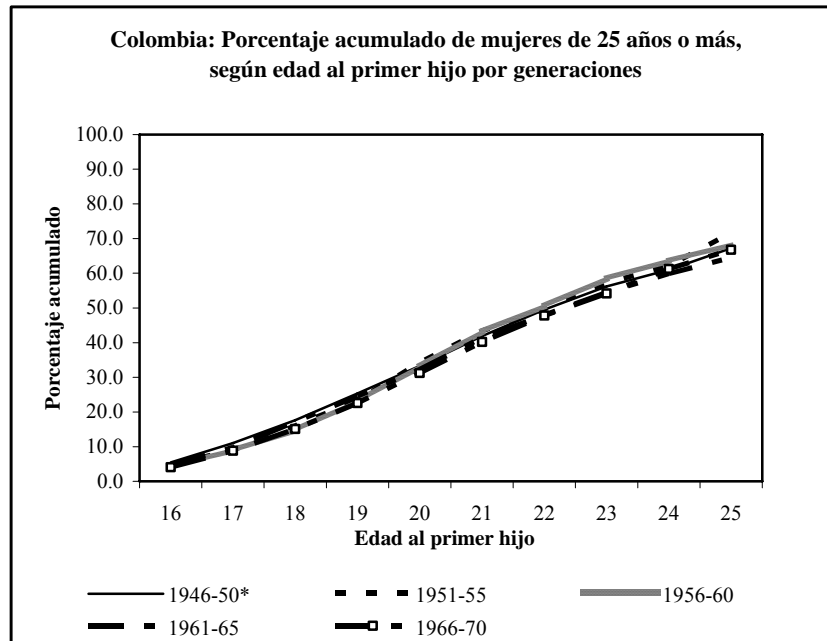
Cuadro No. 6.16

PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES DE 25 O MAS AÑOS, SEGÚN EDAD AL PRIMER HIJO, POR GENERACIÓN

EDAD AL PRIMER HIJO	GENERACIONES				
	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70
México					
antes de 16	4.9	12.5	7.3	5.6	3.1
antes de 17	10.7	17.0	12.7	9.7	7.3
antes de 18	19.6	23.0	24.5	17.6	13.2
antes de 19	28.9	29.6	35.7	28.5	19.9
antes de 20	43.2	36.9	48.5	39.8	29.0
antes de 21	51.8	49.0	55.1	45.5	37.4
antes de 22	60.8	57.9	60.8	54.7	45.6
antes de 23	67.0	64.1	65.3	60.6	55.2
antes de 24	77.0	70.3	70.2	67.2	61.3
antes de 25	80.0	75.1	75.5	71.8	65.0
Colombia					
antes de 16	5.6	4.7	4.4	4.8	4.2
antes de 17	11.2	9.1	8.9	9.8	9.2
antes de 18	17.8	16.0	14.7	17.2	15.5
antes de 19	25.5	23.4	23.0	24.6	23.1
antes de 20	33.5	34.2	33.2	32.4	31.8
antes de 21	42.0	43.3	43.2	41.5	40.6
antes de 22	49.6	49.7	50.6	48.1	48.2
antes de 23	56.2	57.1	58.5	54.5	54.5
antes de 24	61.1	62.2	63.6	59.9	61.4
antes de 25	67.3	71.6	68.2	64.6	66.6

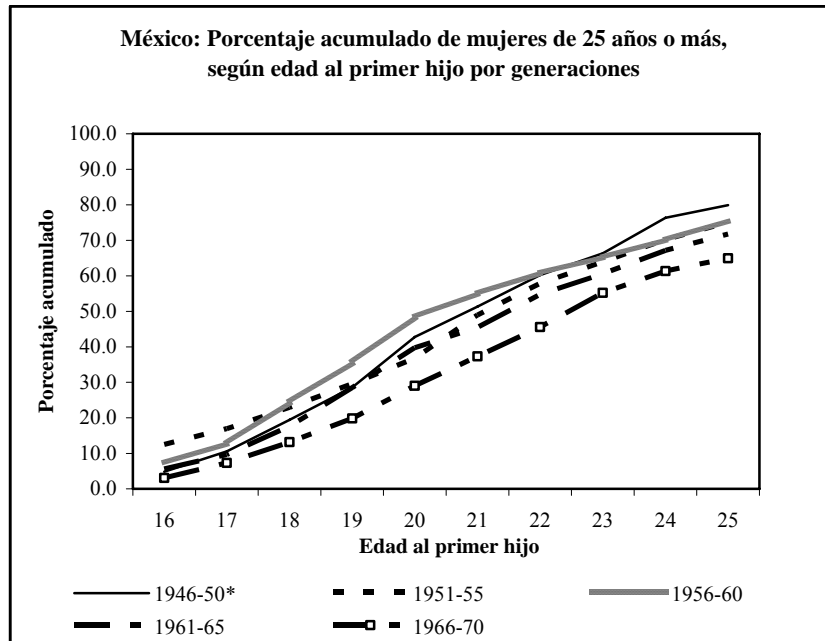
*Nota: Incluye mujeres que nacieron en 1945 y que en la fecha de la encuesta tenían 49 años.
Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Gráfica No. 6.8



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 6.9



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

En Colombia el inicio a la maternidad ha tenido cambios entre las generaciones de mujeres; Sin embargo, antes de los 22 años más de la mitad de las mujeres en todas las generaciones ya han tenido a su primer hijo y antes de los 25 años siete de cada diez mujeres han sido madres.

Llama la atención el comportamiento de la generación más joven, pues según los especialistas en el análisis del comportamiento reproductivo de las mujeres colombianas, todo indica que en años recientes se produjo un repunte de la fecundidad en el país ocasionado principalmente por el aumento de la fecundidad adolescente (Ordóñez, M. 1994, 1998). No parece ser esta una situación muy clara y más bien, debe decirse que hay pocos cambios en la fecundidad de las mujeres más jóvenes si los comparamos con lo que ha sucedido en México; sin embargo, la disminución de la fecundidad en otros grupos de edad hace que la aportación de las jóvenes a la fecundidad total sea cada vez más importante y notoria.

Ahora bien, los datos indican que cada nueva generación de mujeres tanto en México como en Colombia han aumentado la edad al primer nacimiento claramente en el primer caso y ligeramente en el segundo caso. Cuando se analizan las proporciones acumuladas de edad al primer hijo entre las distintas generaciones (ver gráficas No. 6.8 y 6.9), se aprecia claramente una tendencia a retrasar la entrada a la maternidad entre las mujeres más jóvenes.

6.4.1. Edad al primer hijo y escolaridad

El incremento en la edad al nacimiento del primer hijo, ha sido considerado como uno de los elementos centrales para explicar la transición de la fecundidad y asociado a este incremento se ha identificado el papel que ha jugado el nivel de escolaridad de la madre, de tal manera que éste se convierte en un factor clave para estimar el número de hijos y el momento en el cual la mujer desea tenerlos a lo largo de su vida.

Aunque en una sociedad se asocia el nivel de escolaridad con la fecundidad a través de una relación inversa con indicadores agregados como porcentaje de población alfabetizada y tasa bruta de natalidad, por ejemplo; a nivel individual, entre las parejas conyugales se supone que es más importante la educación de la mujer que la del esposo o compañero y por tanto, modificar las condiciones educativas de la población femenina debería constituir un objetivo de programas y políticas públicas que pretendan incidir sobre la fecundidad.

Como se ha mencionado en capítulos precedentes, si en sí mismo el hecho de buscar que la mujer incremente su escolaridad está plenamente justificado, en la medida en que esto puede impactar sobre la vida de las mujeres y provocar un descenso de la fecundidad, hace que la búsqueda de que la población femenina tenga mayores niveles de educación, debe ser parte integral de una política de población, independientemente de que los orígenes de esta relación sean de carácter multifactorial, como los estudios empíricos demuestran y los abordajes teóricos plantean. Así por ejemplo, en los países en donde se ha observado un aumento de la edad al primer hijo y los niveles de escolaridad son mayores, se supone que una de las razones por las cuales la educación afecta a la edad de inicio a la maternidad, es precisamente por el mayor tiempo que la mujer permanece enrolada en la escuela y una vez que concluye sus estudios, la mayor educación le permite a la mujer salir al mercado de trabajo con mejor calificación y por lo tanto, prefiere trabajar antes de casarse y posponer el nacimiento de su primer hijo, pareciera entonces, que la educación influencia el momento de inicio del nacimiento del primer hijo por

dos vías: una directa relacionada con la duración y el tiempo que permanece enrolada en el sistema educativo; es decir el nivel que logre alcanzar y por otra relacionada con la naturaleza y contenido de la misma educación, que le da a la mujer mayores conocimientos sobre la reproducción y amplía su visión personal sobre su condición. En el presente análisis, los efectos de la escolaridad son evidentes.

Las mujeres mexicanas con un alto nivel de educación claramente posponen el nacimiento del primer hijo si se les compara con las de menor educación. Antes de los 16 años 14.9 por ciento de las mujeres de más de 25 años que tienen entre 0 y 3 años de escolaridad ya han tenido a su primer hijo; en contraste con tan solo el 1.3 por ciento de las más educadas, es decir, las que tienen más de 7 años de escolaridad.

Siete de cada diez mujeres en el grupo menos escolarizado, a los 20 años ya han sido madres, en contraste con las más escolarizadas, de las cuales sólo tres de cada diez tuvieron a su primer hijo a esta edad y antes de los 25 años 92.7 por ciento de las mujeres del grupo de 0 a 3 años de escolaridad tuvieron ya a su primer hijo, en tanto que entre las mujeres que tienen más de 7 años de escolaridad 7 de cada diez ya a esta misma edad han sido madres. Es claro pues, el efecto de la educación en el retraso de la edad de inicio a la maternidad.

Situación similar se observa en Colombia; las diferencias en la edad de inicio a la maternidad entre los distintos niveles educativos son claras. Así, antes de los 16 años 10.2 por ciento de las mujeres con nivel de escolaridad bajo es decir, con 0 a 3 años de escolaridad han tenido a su primer hijo, en tanto que tan solo el 2.2 por ciento de las mujeres con 7 años y más de escolaridad ya han sido madres a esta edad.

Antes de los 21 años seis de cada diez mujeres menos escolarizadas han sido madres por primera vez en contraste con tan solo tres de cada diez en el nivel más elevado de escolaridad. Por lo que no hay duda que en el inicio de la maternidad la escolaridad de la madre tiene un papel muy importante.

Resulta interesante observar el efecto de la educación en el retraso de la edad de inicio a la maternidad entre las diferentes generaciones de mujeres en los dos países. Es claro que entre las mujeres de la generación más vieja es decir, aquellas que nacieron entre 1946-50, se aprecian diferencias en la edad de inicio a la maternidad de acuerdo a su nivel de escolaridad. En el gráfico se aprecia una diferencia importante entre aquellas que tienen entre 0 y 3 años con respecto a aquellas mujeres que tienen más de siete años de escolaridad. En las dos generaciones

siguientes, o sea la de las mujeres nacidas entre 1951-65 y 1956-60 las diferencias también se aprecian pero son más claras cuando se observa a las mujeres más jóvenes, es decir las de las generaciones nacidas entre 1961-65 y 1966-70, la brecha entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta de 0 a 3 años es mayor con respecto a aquellas mujeres que han logrado tener más de siete años de educación (Ver cuadros Nos 6.18 y 6.19 y gráficas del 6.10 al 6.15)

Cuadro No. 6.17

PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES DE 25 A 49 AÑOS, SEGÚN EDAD AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO NACIDO VIVO EN AÑOS CUMPLIDOS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

EDAD AL PRIMER HNV* EN AÑOS CUMPLIDOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
México				
Antes de 16	14.9	7.9	1.3	7.1
Antes de 17	23.8	14.1	3.4	12.4
Antes de 18	36.7	23.3	10.0	21.5
Antes de 19	52.8	36.2	14.0	31.8
Antes de 20	65.5	51.1	23.9	44.1
Antes de 21	74.8	60.2	32.6	53.2
Antes de 22	80.6	69.3	44.4	62.5
Antes de 23	84.1	75.3	56.2	70.1
Antes de 24	89.9	82.3	65.1	77.5
Antes de 25	91.8	88.4	71.1	82.5
Colombia				
Antes de 16	10.2	6.0	2.2	5.3
Antes de 17	19.3	13.3	4.8	10.9
Antes de 18	30.3	22.0	9.8	18.6
Antes de 19	41.8	32.7	16.0	27.4
Antes de 20	54.1	45.1	24.1	37.8
Antes de 21	64.3	56.9	34.2	48.5
Antes de 22	71.5	65.6	42.6	56.7
Antes de 23	78.4	73.3	51.5	64.7
Antes de 24	82.6	78.3	60.1	71.1
Antes de 25	87.6	83.1	69.3	78.0

*HNV = Hijo nacido vivo

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Cuadro No. 6.18

**COLOMBIA: PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES DE 25 O MÁS AÑOS,
SEGÚN EDAD AL PRIMER HIJO, POR GENERACIÓN Y NIVEL
DE ESCOLARIDAD**

EDAD AL PRIMER HIJO Y GENERACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7años y más	
1946-50*				
antes de 16	9.8	4.4	1.6	5.5
antes de 18	26.2	16.8	8.5	17.7
antes de 20	46.8	33.5	17.1	33.3
antes de 22	62.4	53.9	30.0	49.5
antes de 25	78.4	69.6	51.7	61.0
1951-55				
antes de 16	6.0	5.6	3.0	4.7
antes de 18	23.8	18.8	7.3	16.0
antes de 20	46.3	41.7	18.3	34.2
antes de 22	63.2	58.8	31.5	49.7
antes de 25	79.8	74.3	62.6	71.6
1956-60				
antes de 16	10.4	4.6	1.4	4.4
antes de 18	27.6	14.8	8.5	14.7
antes de 20	53.9	35.2	22.0	33.2
antes de 22	70.5	58.2	36.9	50.6
antes de 25	86.7	75.7	55.3	68.2
1961-65				
antes de 16	10.8	6.9	2.0	4.7
antes de 18	33.8	25.3	8.6	17.2
antes de 20	52.9	45.6	20.1	32.3
antes de 22	69.2	63.3	34.6	48.0
antes de 25	83.1	77.0	53.2	64.5
1966-70				
antes de 16	13.6	6.0	1.3	4.1
antes de 18	38.2	23.3	6.9	15.1
antes de 20	62.1	47.5	17.9	31.2
antes de 22	79.6	64.1	34.4	47.8
antes de 25	90.5	81.8	55.6	66.8

*Nota: Incluye mujeres que nacieron en 1945 y que en la fecha de la encuesta tenían 49 años.

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 6.19

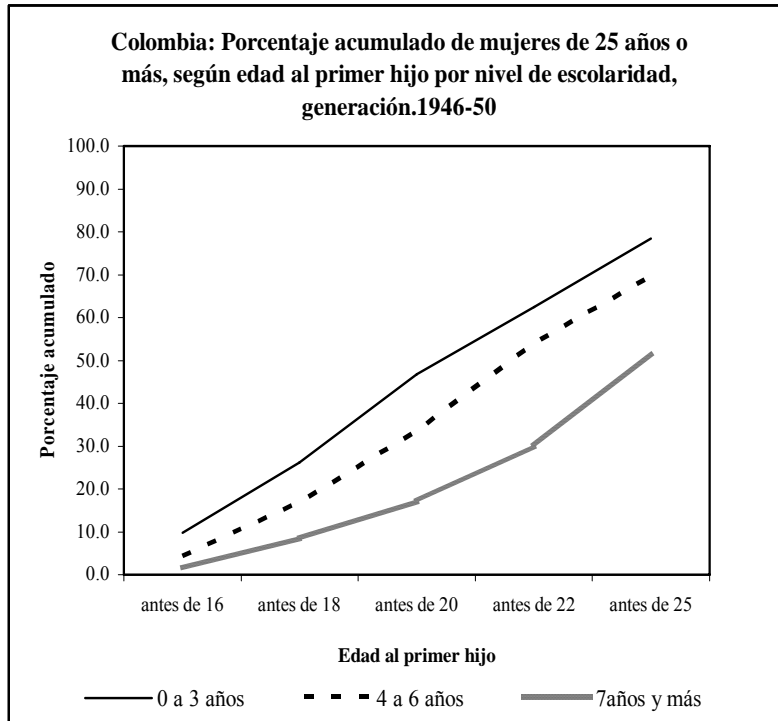
MÉXICO: PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES DE 25 O MÁS AÑOS, SEGÚN EDAD AL PRIMER HIJO, POR GENERACIÓN Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

EDAD AL PRIMER HIJO Y GENERACIÓN	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más	
1946-50*				
antes de 16	9.7	1.4	0.2	4.9
antes de 18	31.6	7.4	12.7	19.4
antes de 20	60.7	26.3	30.8	42.8
antes de 22	76.9	50.4	39.7	60.3
antes de 25	89.6	79.5	58.8	79.9
1951-55				
antes de 16	20.0	10.3	2.0	12.5
antes de 18	34.6	19.4	6.8	22.9
antes de 20	53.7	32.9	10.7	36.8
antes de 22	71.6	58.0	28.9	57.8
antes de 25	84.6	74.4	56.6	75.0
1956-60				
antes de 16	15.9	9.5	0.5	7.4
antes de 18	42.6	27.6	11.0	24.4
antes de 20	70.6	60.7	24.9	48.5
antes de 22	81.9	72.8	38.0	60.8
antes de 25	88.3	87.0	58.0	75.5
1961-65				
antes de 16	10.5	9.3	1.4	5.6
antes de 18	31.2	27.0	6.3	17.6
antes de 20	70.7	58.0	16.7	39.8
antes de 22	81.2	66.0	38.3	54.7
antes de 25	90.2	84.3	56.8	71.8
1966-70				
antes de 16	12.3	3.2	1.0	3.1
antes de 18	30.2	18.7	7.2	13.2
antes de 20	52.0	45.1	17.6	29.0
antes de 22	64.6	67.6	32.7	45.6
antes de 25	74.6	81.6	56.3	65.0

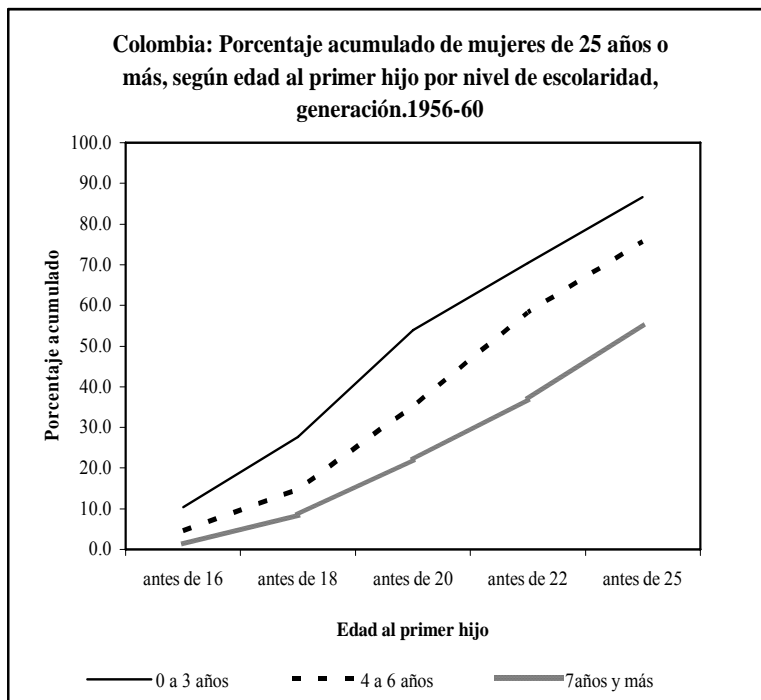
*Nota: Incluye mujeres que nacieron en 1945 y que en la fecha de la encuesta tenían 49 años.

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Gráficas Nos. 6.10 y 6.11

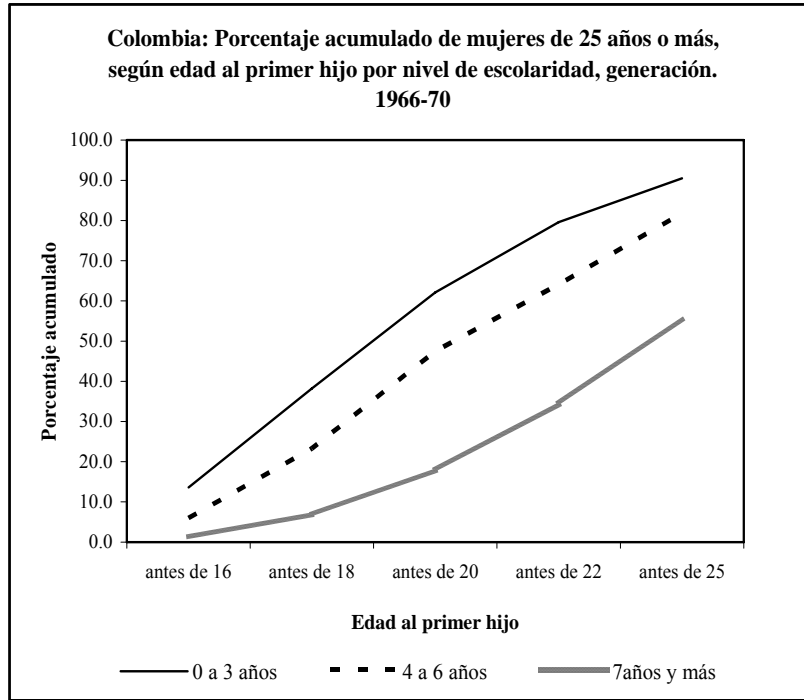


Fuente: Cuadro No. 6.18.

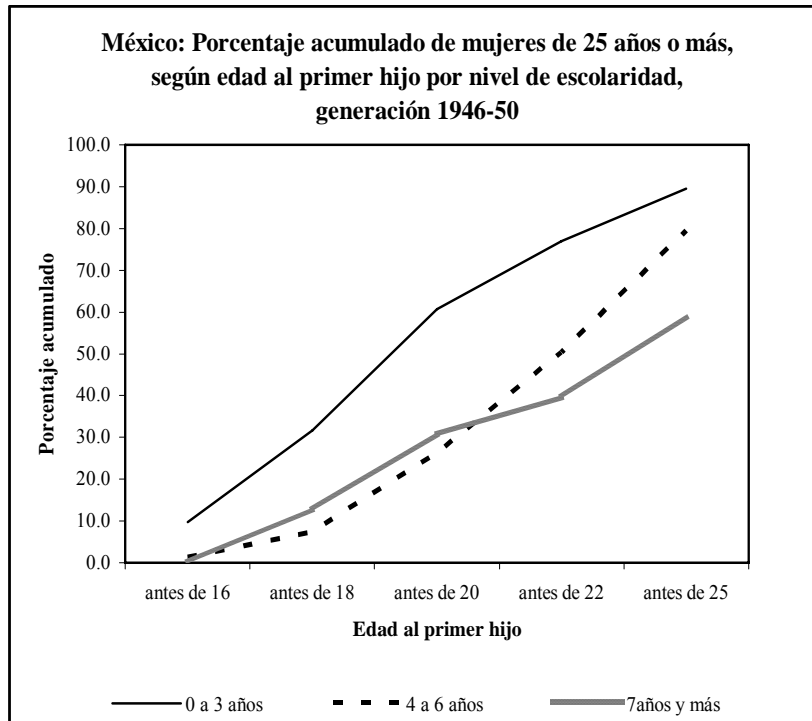


Fuente: Cuadro No. 6.18.

Gráficas Nos. 6.12 y 6.13

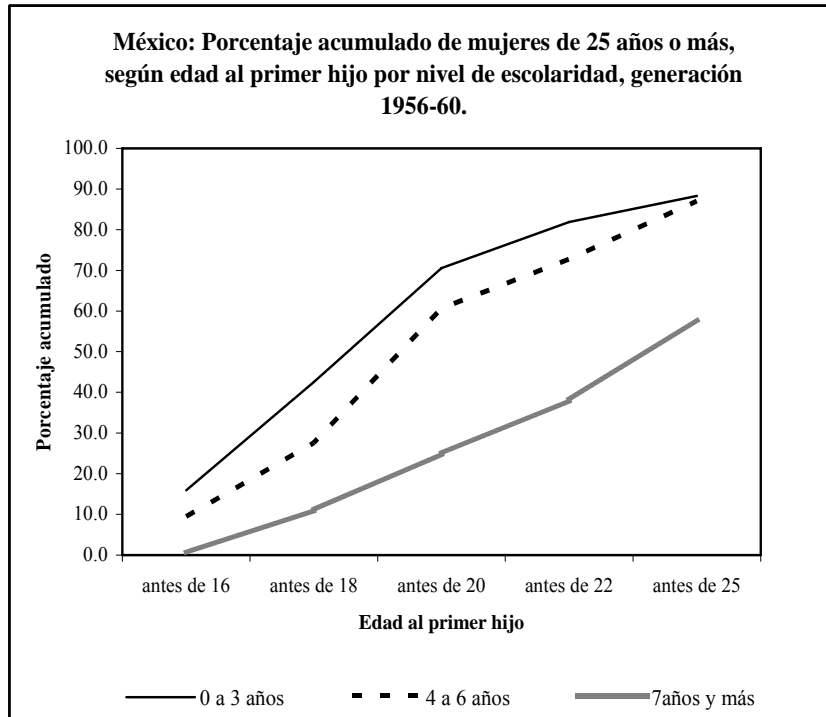


Fuente: Cuadro No. 6.18.

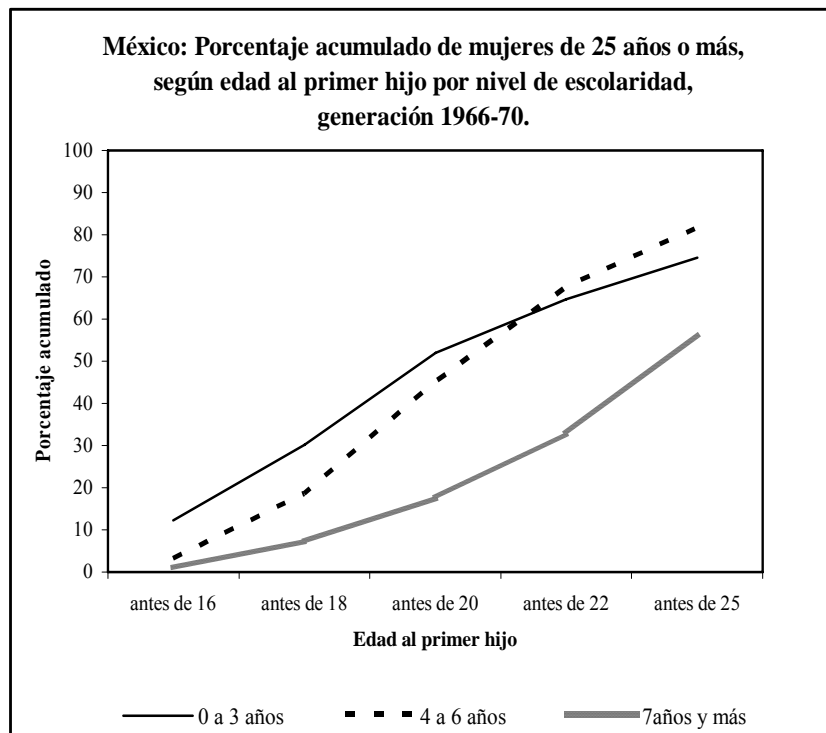


Fuente: Cuadro No. 6.19.

Gráficas Nos. 6.14 y 6.15



Fuente: Cuadro No. 6.19.



Fuente: Cuadro No. 6.19.

Un hecho importante a tener en cuenta es que no sólo las mujeres de mayor educación posponen el nacimiento del primer hijo, también en el nivel medio y entre las menos escolarizadas, conforme las generaciones son más recientes, se empieza a posponer el nacimiento del primer hijo. Por lo tanto, es posible suponer que continúe la tendencia de posponer la edad de inicio a la maternidad en cada generación, en la medida en que se vaya incrementando la escolaridad de las mujeres.

Además del efecto de la posposición de la edad al primer hijo sobre la fecundidad total y el hecho de que las mujeres más educadas tengan en promedio familias pequeñas, un porcentaje mayor de estas mujeres no tiene hijos. Así según los datos de la encuesta se observa que a los 35 años cerca de 14.3 por ciento de las mujeres mexicanas y 13.6 por ciento de las colombianas con mayor educación no tienen hijos, comparado con el 5.2 y 6.1 por ciento de aquellas que se ubican en un nivel de educación intermedio y que entre las mujeres con bajo nivel educativo representa sólo el 4.0 y 3.7 por ciento en cada país.

Es claro que con un elevado nivel de escolaridad las mujeres empiezan a construir sus familias mucho más tarde que aquellas con educación intermedia o aquellas que no fueron a la escuela o apenas lograron tres años de escolaridad.

En el cuadro No. 6.22 se muestran las probabilidades acumuladas de tener el primer hijo por nivel de escolaridad; si bien como anotamos anteriormente es claro que las mujeres más escolarizadas inician su maternidad más tardía, también es posible observar otro fenómeno que parece ser reciente y es que, dentro del grupo de mujeres más escolarizadas se observa una tendencia a retrasar la maternidad y a tener hijos a edades consideradas de alto riesgo, no obstante hay una serie de avances médicos que ayudan a que la maternidad a estas edades se considere como algo factible.

Los patrones de nacimiento del primer hijo han cambiado en los dos países analizados, al observar las cohortes se puede apreciar que el nacimiento del primer hijo es diferencial por el nivel de escolaridad.

Como se ha visto con anterioridad, un indicador muy ilustrativo del patrón de inicio de la historia reproductiva es la tasa de primeros nacimientos por edad. Esta tasa ya fue calculada para el total de la población femenina de los dos países analizados, por lo que a continuación se muestran los resultados para cada uno de los grupos de escolaridad. Los valores que se presentan en los cuadros correspondientes, Nos. 6.20 y 6.21 han sido trasladados a su expresión gráfica que

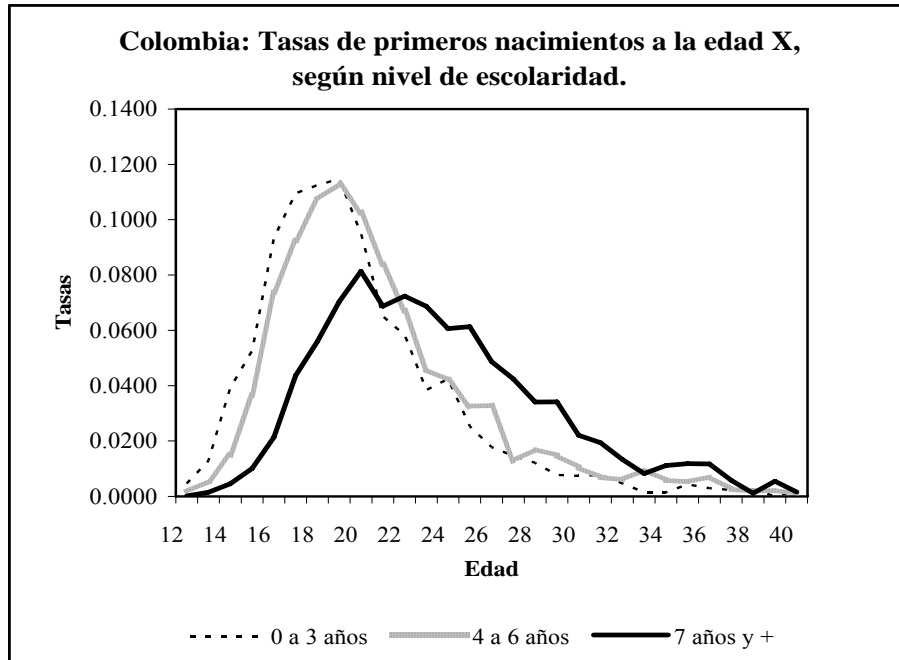
resulta ser muy ilustrativa del efecto de la escolaridad sobre la tasas de primeros nacimientos. Primero, es evidente que el máximo valor de la tasa se alcanza a una edad cada vez mayor según se incrementa la escolaridad de la mujer y cada una de las curvas que corresponden a los distintos niveles de escolaridad en que han sido clasificadas las mujeres, muestra un desplazamiento claramente indicativo de la posposición del nacimiento del primer hijo, de tal manera que como contrapartida al hecho de que las mujeres menos escolarizadas muestran tasas muy elevadas de primeros nacimientos antes de los 20 años, las más escolarizadas muestran valores considerablemente superiores de estas tasas en las edades más avanzadas del periodo reproductivo.

En ambos países por cierto, las curvas generadas por los valores de estas tasas para los dos primeros grupos de escolaridad son muy similares entre sí, pero no es el caso del grupo con 7 o más años de escolaridad que se diferencia de manera muy clara del resto.

El cálculo elaborado con las técnicas de construcción de una tabla de vida, permite estimar probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta cierta edad y los resultados hacen evidente el patrón diferencial según escolaridad.

La presentación gráfica de estas probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta cierta edad, no se ha restringido a una sola imagen en la que se incluyen las ojivas que se generan con estos valores, se muestran además las curvas que se generan con las probabilidades acumuladas a los 15, 20, 25, 30 y 35 años, para cada nivel de escolaridad. La intención de esta imagen es hacer evidente que las diferencias en probabilidad acumulada de tener al primer hijo son de gran magnitud en las primeras edades, obsérvense por ejemplo, los valores a los 20 años, pero éstas van disminuyendo de tal manera que a partir de los 35 años es decir, conforme se acerca el final del periodo reproductivo, la proporción de mujeres sin hijos en cada grupo de escolaridad se hace cada vez más similar, de tal manera que podríamos decir que, tanto en Colombia como en México, alrededor del cinco por ciento de mujeres que sólo alcanzan tres años de escolaridad, no tienen hijos al final de su periodo reproductivo mientras que este porcentaje es superior al diez por ciento entre las mujeres con siete o más años de escolaridad, en el caso de Colombia y del 9 por ciento en el caso de México.

Gráfica No. 6.16



Fuente: Cuadro No. 6.20.

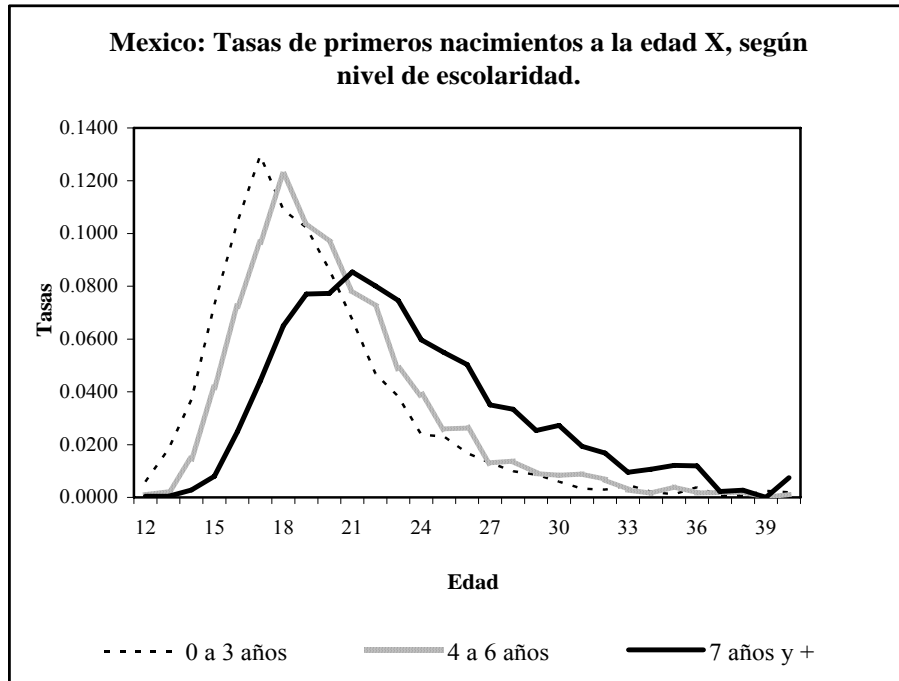
Cuadro No. 6.20

COLOMBIA: TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS A LA EDAD X
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

EDAD AL PRIMER HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.0046	0.0016	0.0002
13	0.0129	0.0055	0.0015
14	0.0392	0.0149	0.0046
15	0.0527	0.0365	0.0101
16	0.0934	0.0738	0.0213
17	0.1096	0.0925	0.0437
18	0.1125	0.1072	0.0560
19	0.1147	0.1131	0.0703
20	0.0950	0.1027	0.0813
21	0.0651	0.0839	0.0687
22	0.0583	0.0672	0.0724
23	0.0385	0.0458	0.0687
24	0.0425	0.0420	0.0606
25	0.0253	0.0326	0.0613
26	0.0178	0.0329	0.0487
27	0.0147	0.0127	0.0425
28	0.0121	0.0170	0.0341
29	0.0077	0.0148	0.0342
30	0.0074	0.0104	0.0221
31	0.0077	0.0069	0.0194
32	0.0047	0.0060	0.0134
33	0.0014	0.0096	0.0083
34	0.0014	0.0057	0.0112
35	0.0043	0.0053	0.0118
36	0.0029	0.0070	0.0117
37	0.0023	0.0025	0.0058
38	0.0025	0.0019	0.0011
39	0.0000	0.0021	0.0055
40	0.0020	0.0012	0.0016

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráfica No. 6.17



Fuente: Cuadro No. 6.21.

Cuadro No. 6.21

**MÉXICO: TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS A LA EDAD X
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD AL PRIMER HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.0059	0.0010	0.0004
13	0.0183	0.0022	0.0004
14	0.0369	0.0146	0.0028
15	0.0730	0.0417	0.0080
16	0.1042	0.0725	0.0249
17	0.1295	0.0968	0.0442
18	0.1088	0.1224	0.0651
19	0.1023	0.1041	0.0770
20	0.0863	0.0966	0.0773
21	0.0673	0.0785	0.0854
22	0.0469	0.0723	0.0802
23	0.0382	0.0488	0.0746
24	0.0238	0.0390	0.0597
25	0.0230	0.0259	0.0549
26	0.0168	0.0263	0.0503
27	0.0131	0.0131	0.0351
28	0.0100	0.0138	0.0334
29	0.0086	0.0091	0.0254
30	0.0059	0.0084	0.0273
31	0.0033	0.0089	0.0193
32	0.0030	0.0068	0.0168
33	0.0046	0.0029	0.0095
34	0.0022	0.0015	0.0107
35	0.0012	0.0040	0.0121
36	0.0038	0.0017	0.0120
37	0.0007	0.0019	0.0023
38	0.0008	0.0020	0.0027
39	0.0025	0.0000	0.0000
40	0.0019	0.0011	0.0075

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

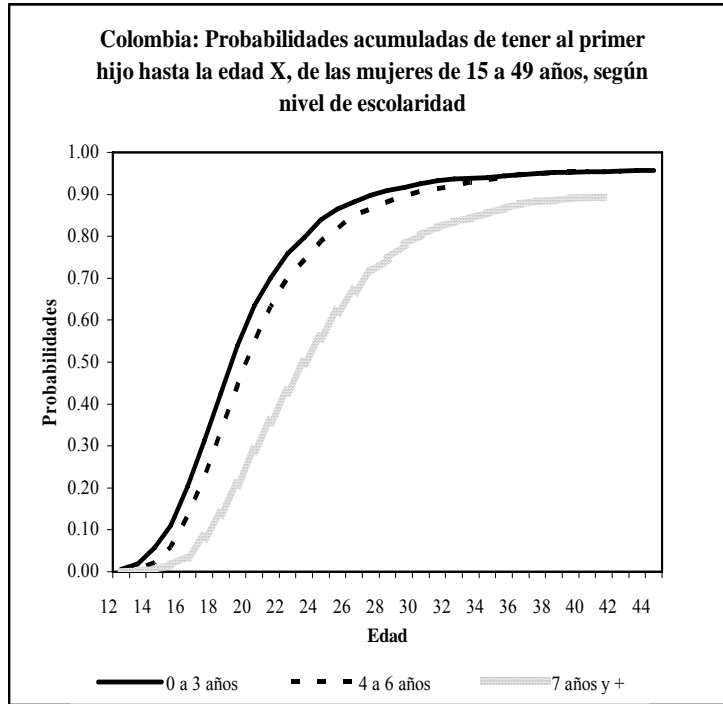
Cuadro No. 6.22

**COLOMBIA: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE TENER EL PRIMER HIJO
HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN
NIVEL DE ESCOLARIDAD**

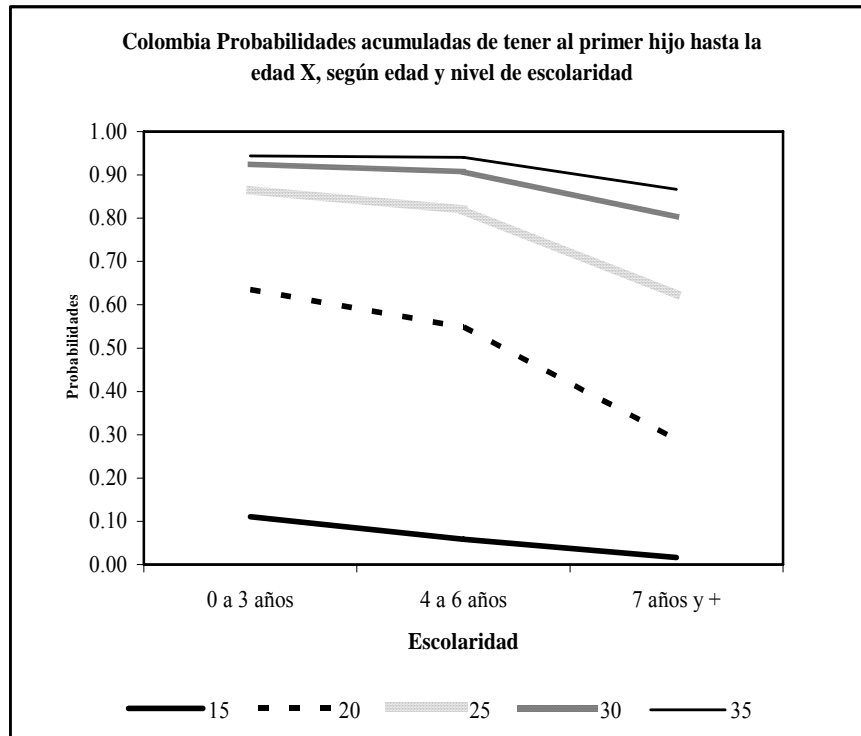
EDAD Al PRIMER HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.0055	0.0016	0.0002
13	0.0184	0.0071	0.0017
14	0.0576	0.0221	0.0063
15	0.1103	0.0586	0.0164
16	0.2036	0.1324	0.0377
17	0.3132	0.2250	0.0814
18	0.4257	0.3322	0.1374
19	0.5404	0.4453	0.2077
20	0.6354	0.5480	0.2891
21	0.7005	0.6319	0.3578
22	0.7587	0.6991	0.4302
23	0.7972	0.7449	0.4989
24	0.8397	0.7869	0.5595
25	0.8650	0.8196	0.6209
26	0.8828	0.8524	0.6695
27	0.8974	0.8652	0.7120
28	0.9095	0.8821	0.7460
29	0.9172	0.8969	0.7802
30	0.9246	0.9073	0.8023
31	0.9324	0.9142	0.8217
32	0.9371	0.9202	0.8351
33	0.9384	0.9298	0.8434
34	0.9398	0.9355	0.8546
35	0.9442	0.9408	0.8664
36	0.9471	0.9478	0.8781
37	0.9494	0.9503	0.8839
38	0.9519	0.9522	0.8850
39	0.9519	0.9543	0.8905
40	0.9539	0.9555	0.8921
41	0.9539		0.8940
42	0.9551		
43	0.9565		
44	0.9565		
45			
46			
47			
48			
49			

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráficas Nos. 6.18 y 6.19



Fuente: Cuadro No. 6.22.



Fuente: Cuadro No. 6.22.

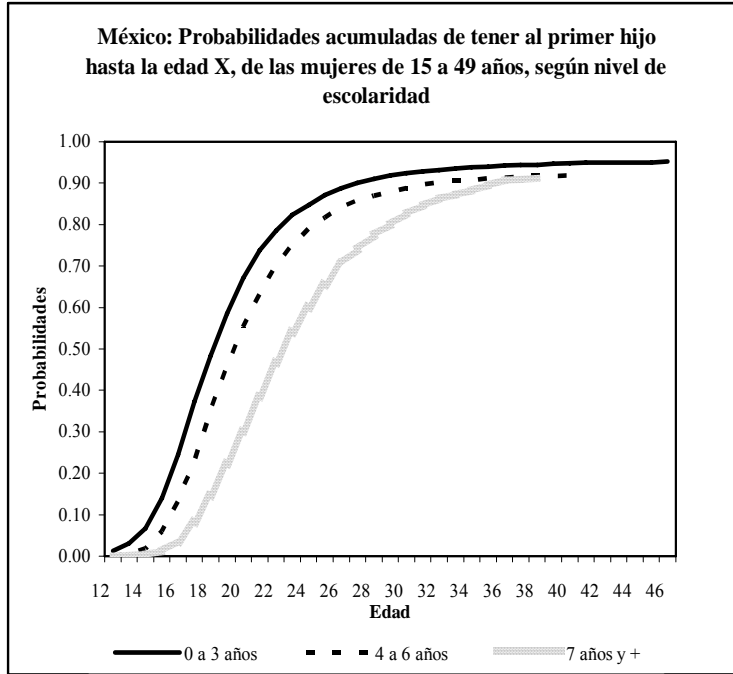
Cuadro No. 6.23

**MÉXICO: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE TENER EL PRIMER HIJO
HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN
NIVEL DE ESCOLARIDAD**

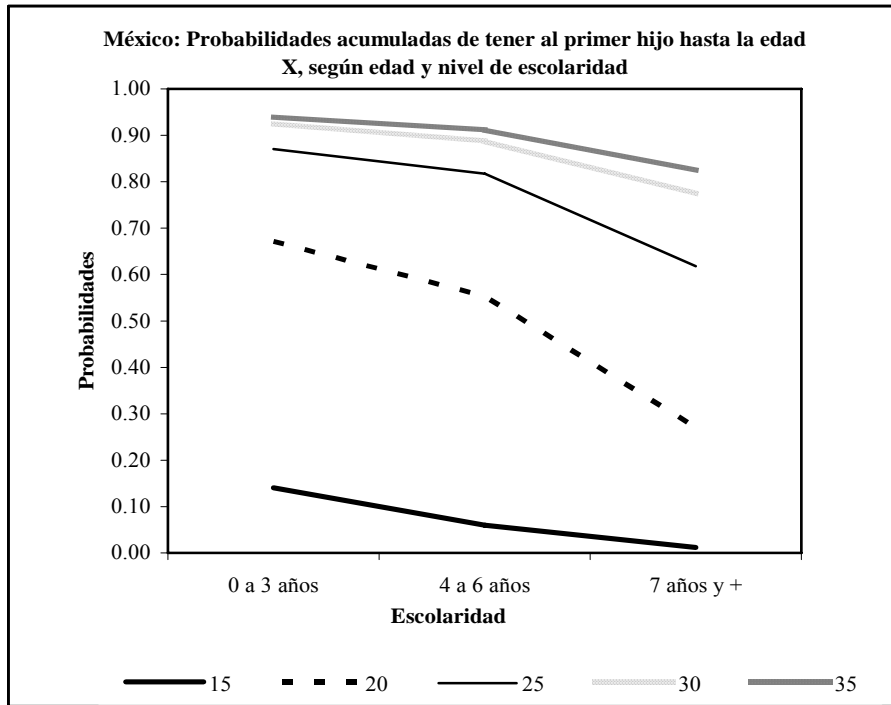
EDAD AL PRIMER HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
12	0.0121	0.0017	0.0006
13	0.0304	0.0039	0.0011
14	0.0673	0.0185	0.0039
15	0.1404	0.0602	0.0119
16	0.2446	0.1327	0.0368
17	0.3740	0.2295	0.0810
18	0.4829	0.3519	0.1461
19	0.5852	0.4560	0.2232
20	0.6714	0.5526	0.3005
21	0.7387	0.6311	0.3860
22	0.7856	0.7034	0.4662
23	0.8238	0.7522	0.5408
24	0.8476	0.7912	0.6006
25	0.8706	0.8171	0.6555
26	0.8873	0.8434	0.7059
27	0.9004	0.8565	0.7410
28	0.9104	0.8703	0.7744
29	0.9190	0.8794	0.7998
30	0.9249	0.8878	0.8272
31	0.9282	0.8967	0.8466
32	0.9312	0.9034	0.8634
33	0.9358	0.9063	0.8730
34	0.9380	0.9078	0.8838
35	0.9392	0.9118	0.8960
36	0.9430	0.9135	0.9081
37	0.9437	0.9154	0.9104
38	0.9444	0.9173	0.9132
39	0.9469	0.9173	0.9132
40	0.9489	0.9185	0.9209
41	0.9500		
42	0.9500		
43	0.9500		
44	0.9500		
45	0.9500		
46	0.9526		
47			
48			
49			

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráficas Nos. 6.20 y 6.21



Fuente: Cuadro No. 6.23.



Fuente: Cuadro No. 6.23.

6.5. Ideales de fecundidad. Edad para tener al primer hijo.

Una revisión de la literatura dedicada al análisis de los factores asociados con la fecundidad en América Latina en la segunda mitad del siglo XX y más específicamente a partir de los años 60, muestra la importancia que se ha dado a los “factores ideacionales”, que incluyen preferencias, creencias y percepciones, en la explicación de los elevados niveles de fecundidad. En determinados sectores sociales las mujeres manifiestan un deseo de tener un gran número de hijos porque, por diversas razones una familia grande constituye una ventaja (por ejemplo, como un seguro en la vejez de los padres) o sencillamente, porque se acepta que la función del matrimonio es esencialmente la procreación y por tanto, “hay que tener los hijos que Dios mande”. Sin embargo, una serie de cambios que se producen en la sociedad provocan a su vez que las ideas alrededor de la fecundidad también se modifiquen y por tanto, que cada vez más se generaliza la idea de que tener muchos hijos, constituye una desventaja y por lo tanto hay que posponer la edad de la unión conyugal como estrategia para tener menos hijos o al interior de la unión, hay controlar el número de hijos para aspirar a un mayor nivel de vida.

Las encuestas de fecundidad en América Latina realizadas a partir de los años 60, mostraron que en determinados sectores de la población, especialmente las mujeres urbanas y las que tenían los más elevados niveles de escolaridad, deseaban tener pocos hijos y mencionaban las desventajas de tener una familia grande e incluso, percibían que el elevado crecimiento de la población constituía un problema (Bogue, 1972, CFSC. 1972. Stycos, 1968). Es interesante que a partir de los datos de la Encuesta Urbana de 1964, realizada en varias metrópolis latinoamericanas entre ellas la Ciudad de México y Bogotá, se considere que “una perspectiva cosmopolita – creencia en los derechos de la mujer, origen urbano, aspiraciones para los hijos, familias en donde la estructura de autoridad no es dominada por el hombre – está asociada con ideales de una familia pequeña”, (Bogue, op. cit p. 111). Por lo que hace específicamente a las conductas que pueden impactar a la fecundidad, como son aquellas que tienen que ver con la edad de inicio de la unión o el nacimiento del primer hijo, a través de este tipo de investigaciones se encontró que la educación de la mujer tenía una correlación positiva con la edad ideal a la unión, es decir a mayor educación mayor edad y aunque no se indagó sobre la edad ideal para tener al primer hijo, si se preguntó sobre el intervalo deseable entre el inicio de la unión y el

primer hijo y también se encontró una correlación positiva con la educación aunque los coeficientes no fueron significativos.

Existen pautas culturales que influyen en la decisión de unirse y en la edad de inicio a la maternidad; incluso puede decirse que en algunos grupos sociales existe una gran presión social sobre las mujeres para que ellas tengan hijos. Sin embargo, las normas y la presión social se modifican por factores como la escolaridad, por lo que es interesante conocer qué piensan las mujeres sobre el momento ideal para tener su primer hijo, porque ello nos daría luces sobre el peso que tienen los patrones culturales sobre la fecundidad y la posibilidad de que éstos cambien en la medida en que la mujer adquiere mayor escolaridad.

En el caso de Colombia la encuesta analizada no preguntó sobre la edad ideal para tener al primer hijo, por lo que sólo se presentan los resultados para el caso de México.

A las mujeres mexicanas se les preguntó sobre la edad que ellas consideran como la más adecuada para tener a un primer hijo. De la respuesta numérica se destaca el hecho de que el valor modal para el total de la población, se sitúa en los 25 años. Sin embargo, entre los distintos grupos educativos, hay diferencias en este valor; mientras que para las menos escolarizadas es de 20 años, entre las más escolarizadas es de 25 años.

Como podría esperarse, esta edad ideal coincide en una gran proporción de mujeres con la edad a la cual han iniciado realmente su maternidad, es decir, más que un ideal, la respuesta refleja una elaboración posterior (ex post) al hecho de haber tenido un hijo y por lo tanto, constituye una racionalización de este evento, que de otra forma puede hacer suponer a la mujer entrevistada que dar otra respuesta significa dar la impresión de que el hijo que se tuvo a esa edad fue un hijo no deseado. Quizá lo que resulte más útil sea conocer entre las mujeres sin hijos la edad a la cual las mujeres jóvenes piensan tener su primer hijo, ya que ello daría indicios de un comportamiento diferencial con respecto a la entrada a la maternidad entre las mujeres de las nuevas generaciones cuando éstas son clasificadas según su nivel de escolaridad.

Cuadro No. 6.24

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES, SEGÚN EDAD
QUE CONSIDERAN IDEAL PARA TENER AL PRIMER HIJO
Y NIVEL DE ESCOLARIDAD**

EDAD X	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
18 o menos	8.4	3.5	0.6	2.8
19	3.6	3.5	1.4	2.4
20	17.0	11.9	7.5	10.5
21	16.0	13.4	7.4	10.7
22	12.7	14.2	9.1	11.3
23	8.8	9.6	10.7	10.1
24	4.3	7.1	8.1	7.2
25	12.5	20.3	23.3	20.5
26+	16.6	16.4	31.9	24.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Por otro lado, cuando se toman en cuenta las respuestas no numéricas, las mujeres menos escolarizadas responden que después de casarse es el mejor momento; sin embargo, de manera destacada para las que tienen entre 4 y 6 años de escolaridad, la edad ideal para tener al primer hijo es “hasta terminar los estudios”. Las más escolarizadas por su parte, consideran como el mejor momento para tener al primer hijo es “cuando se está consciente de la responsabilidad” que implica tener hijos.

Por tanto, puede decirse que los datos sugieren que la escolaridad afecta los ideales reproductivos, lo que a su vez afectaría el nivel de fecundidad de la población.

Cuadro No. 6.25

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN OPINIÓN
SOBRE EL MOMENTO IDEAL PARA TENER AL PRIMER HIJO
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD**

MOMENTO IDEAL PARA TENER AL PRIMER HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Cuando Dios mande	9.0	2.9	5.8	5.4
Hasta terminar estudios	7.0	25.6	14.5	16.7
Después de casarse	34.4	22.1	19.9	22.3
Cuando le toque	6.3	0.3	4.9	3.8
Con buena sit. econ.	7.4	23.1	11.8	14.4
Desp.d/disfrutar matr.	18.6	2.7	18.7	14.1
Consciente de respon.	14.8	22.5	23.1	21.9
Otros	2.4	1.0	1.3	1.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

6.6. Intervalo entre el primer matrimonio y el primer hijo

Es ampliamente conocido que la entrada a la unión no implica el inicio de la exposición a la actividad sexual y más que esto, el inicio del período reproductivo, pues hay grupos de mujeres que antes de la unión tienen relaciones sexuales, de allí la importancia de conocer si el hecho de unirse a una edad temprana está relacionada con una concepción prenupcial.

Como parte final de este capítulo, interesa conocer cual es la amplitud del intervalo entre el momento en que se inicia la unión y el momento en que se tiene el primer hijo es decir, el intervalo protogenésico. Es importante anotar que en el caso de nacimientos que ocurren antes de la primera unión, este intervalo es negativo. Por lo tanto, es conveniente distinguir para el análisis tres tipos de eventos: A) nacimientos que ocurren antes de la primera unión. B) aquellos nacimientos que ocurren dentro de la unión pero 8 meses después de la primera unión lo cual significa que probablemente la concepción ocurrió previamente al momento de la unión y C) nacimientos que ocurren a los 9 meses o más, después del inicio de la unión. En los dos primeros casos estamos ante concepciones premaritales.

Cuadro No. 6.26

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN TENIDO AL PRIMER HIJO NACIDO VIVO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA UNIÓN, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	Nacimientos antes de la primera unión	Nacimientos entre los 0 a 8 meses después de la unión	Nacimientos ocurridos 9 meses después de la unión	TOTAL
15 a 19	4.6	42.2	53.2	100.0
20 a 24	12.9	37.6	49.5	100.0
25 a 29	13.1	33.9	53.0	100.0
30 a 34	13.9	30.1	55.9	100.0
35 a 39	12.5	30.0	57.4	100.0
40 a 44	12.5	32.0	57.3	100.0
45 a 49	9.2	28.8	62.0	100.0
Total	12.1	32.4	55.5	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 6.27

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN TENIDO AL PRIMER HIJO NACIDO VIVO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA UNIÓN, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	Nacimientos antes de la primera unión	Nacimientos entre los 0 a 8 meses después de la unión	Nacimientos ocurridos 9 meses después de la unión	TOTAL
15 a 19	4.9	49.8	45.3	100.0
20 a 24	3.8	39.5	56.7	100.0
25 a 29	3.6	41.7	54.7	100.0
30 a 34	3.4	32.2	64.4	100.0
35 a 39	4.6	32.6	62.8	100.0
40 a 44	3.2	30.1	66.8	100.0
45 a 49	5.8	24.7	69.5	100.0
Total	4.0	34.7	61.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

El cuadro anterior revela que para el 38.7 por ciento de las mujeres alguna vez unidas en México y 44.5 por ciento en Colombia el primer hijo ha sido producto de una concepción premarital. Si se desagregan estos porcentajes según la fecha de nacimiento en relación con la fecha de la primera unión, resulta que del total de primeros nacimientos en México el 4.2 y en Colombia el 12.3 por ciento, reportaron haber tenido a su primer hijo antes del matrimonio y

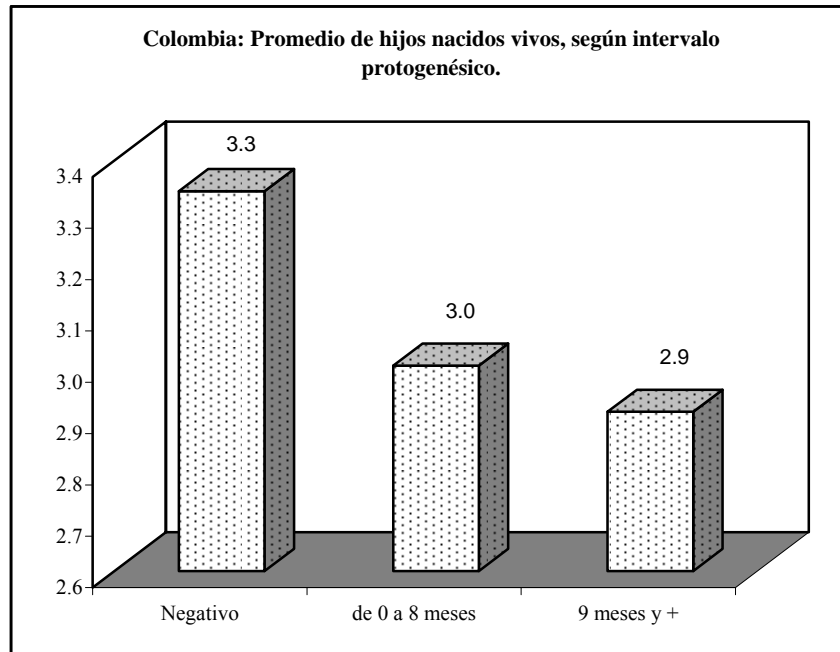
34.7 de las mexicanas y 32.4 por ciento de las colombianas son mujeres que se embarazaron fuera del matrimonio pero se unieron antes de que naciera su hijo.

En virtud de que los datos se presentan por edad de la mujer al momento de la encuesta, no es posible afirmar que entre las generaciones jóvenes el mayor el porcentaje de nacimientos que han sido concebidos fuera del matrimonio en relación con lo que pasa entre las mujeres de mayor edad, mostraría una clara diferencia en su conducta reproductiva. En realidad, al considerar sólo mujeres alguna vez unidas se introduce un sesgo, ya que precisamente, esta condición puede hacer que estén sobre-representadas las mujeres jóvenes que se unieron, precisamente porque estaban ya embarazadas.

Estudios realizados con datos de la World Fertility Survey por Hobcraft y McDonald (1984) para los países que participaron en esta encuesta, muestran que al menos 10 por ciento de las mujeres tuvieron a su primer hijo antes de los nueve meses de matrimonio. Para el caso de México y Colombia los datos se encuentran dentro del rango de los hallazgos de los autores y estos porcentajes reflejan una actividad sexual con bajos niveles de uso de anticonceptivos que culminan con un embarazo y el nacimiento del primer hijo.

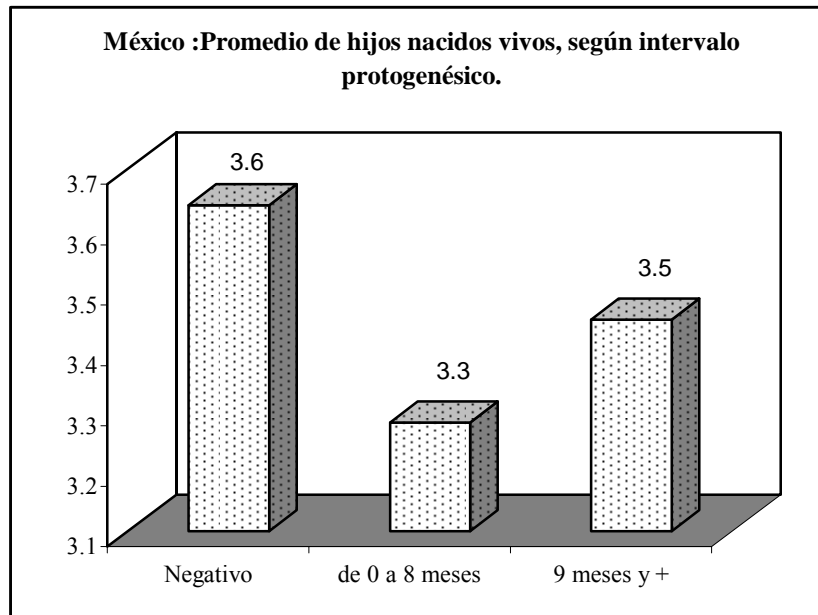
Al introducir la variable escolaridad de las mujeres es claro observar que son las mujeres menos escolarizadas las que en mayor proporción tienen nacimientos antes de la unión con respecto a las de mayor educación, este fenómeno se presenta en el caso de las mujeres colombianas; sin embargo entre las mujeres mexicanas no se ven claramente las diferencias según nivel de escolaridad; pues al parecer son las mujeres con mayor escolaridad las que tienen el mayor porcentaje de concepciones prenupciales, y esto se explica por el hecho de que en la sociedad mexicana el matrimonio sigue siendo importante entre las mujeres de todos los grupos sociales. Lo que parece evidente es que las mujeres colombianas en mayor proporción tienen hijos fuera de la unión conyugal.

Gráfica No. 6.22



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráfica No. 6.23



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 6.28

**COLOMBIA: PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN
TENIDO HIJOS, SEGÚN EL INTERVALO PROTOGENÉSICO
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Nacimientos antes de la primera unión	Nacimientos entre los 0 a 8 meses despues de la unión	Nacimientos ocurridos 9 meses despues de la unión	TOTAL
0 a 3 años	17.7	30.0	52.3	100.0
4 a 6 años	12.9	31.4	55.7	100.0
7 Y +	9.0	33.5	57.5	100.0
Total	12.3	32.0	55.7	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

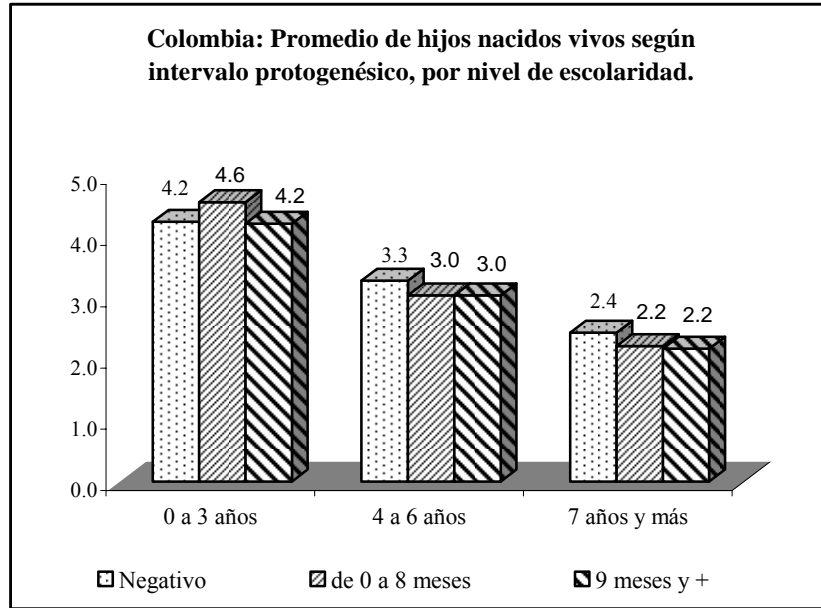
Cuadro No. 6.29

**MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN
TENIDO HIJOS, SEGÚN EL INTERVALO PROTOGENÉSICO
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Nacimientos antes de la primera unión	Nacimientos entre los 0 a 8 meses despues de la unión	Nacimientos ocurridos 9 meses despues de la unión	TOTAL
0 a 3 años	4.9	30.4	64.7	100.0
4 a 6 años	4.9	33.2	61.9	100.0
7 Y +	3.3	38.2	58.5	100.0
Total	4.2	34.7	61.1	100.0

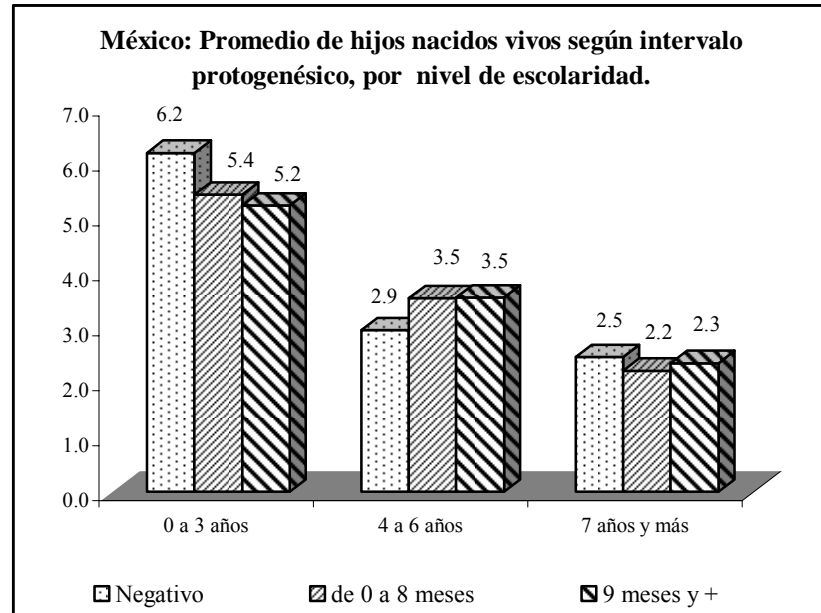
Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 6.24



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráfica No. 6.25



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Las gráficas Nos. 6.22 y 6.23 sugieren que la fecundidad de las mujeres que han tenido su primer hijo fuera de la primera unión es más elevada que la de aquellas que han tenido sus hijos dentro del matrimonio.

Entre las mujeres de 0 a 3 años de escolaridad, la fecundidad más elevada se encuentra en las que tienen intervalo protogenésico negativo; lo mismo ocurre entre las mujeres más escolarizadas; no obstante entre las mujeres de 4 a 6 años, el promedio de hijos nacidos vivos es ligeramente mayor en aquellas mujeres que han tenido a su primer hijo durante la unión, lo que estaría evidenciando que las diferencias en el número de hijos se explican más por la escolaridad que por el intervalo protogenésico.

CAPÍTULO 7: EDUCACIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL

7.1. Antecedentes

La relación entre la mortalidad infantil y la fecundidad ha sido de considerable interés entre los científicos sociales por dos razones: 1) la fecundidad y la mortalidad son variables sujetas de intervención por parte de los gobiernos para generar cambios en la dinámica de la población, a través de políticas concretas plenamente justificadas desde el punto de vista social y 2) en la teoría de la transición demográfica el cambio de una elevada fecundidad y una elevada mortalidad general e infantil, a bajos niveles de fecundidad y de mortalidad, que ha ocurrido en países en desarrollo ha sido considerado como una respuesta lógica a los mayores probabilidades de sobrevivencia de los hijos y por lo tanto, permite entender los procesos sociales que están en el origen de las transformaciones demográficas.

Así, la importancia del estudio de esta relación en la investigación demográfica radica en el hecho de que el descenso de la mortalidad infantil juega un papel importante en las teorías que explican el descenso de la fecundidad, particularmente aquellas asociadas con la transición demográfica (Notestein, 1945; Freedman, 1962, Coale, 1973; Preston, 1978; Caldwell, 1982, Van de Walle, 1986.) y por lo tanto, en el estudio de la relación entre la fecundidad y la escolaridad de la madre, la sobrevivencia de los hijos asociada a esta última puede tener una especial significación.

En el análisis de la evolución de la fecundidad, aparece la mortalidad como una variable que juega un papel importante en los procesos que dan lugar a la transformación de los niveles y tendencias de esta variable y más allá de la influencia de la mortalidad general, el rol de la mortalidad infantil sobre la fecundidad es fundamental. La transición demográfica constituye una transformación en las estrategias de formación de las familias, de tal manera que las decisiones reproductivas de las familias basadas en factores biológicos se va transformando cada vez más en decisiones en las cuales son considerados otro tipo de factores que los individuos ubican en horizontes de tiempo de largo plazo como puede ser la sobrevivencia de los hijos (Lloyd e Ivanov, 1988).

En el muy conocido estudio realizado por Preston, (1978), que es una referencia obligada sobre este tema, el autor identificó la relación entre mortalidad infantil y fecundidad en varias direcciones. Es posible suponer que la respuesta primaria a un elevado nivel de mortalidad

infantil es un elevado nivel de fecundidad, de tal manera que se activan mecanismos biológicos y sociales a través de los cuales se trata de concretar el reemplazo de un hijo que fallece. Aunque el efecto biológico de la mortalidad infantil sobre la fecundidad ha sido establecido a través de la duración del intervalo genésico, se puede decir que el efecto positivo que se da cuando se busca el reemplazo, o garantizar que se puede alcanzar cierto número de hijos, no ha sido aún claramente mostrado y esto es más evidente en los países en desarrollo.

Respecto al efecto biológico, la mortalidad infantil trunca la lactancia y consecuentemente reduce el periodo de infertilidad postparto; de tal manera que hay sociedades donde se tiende a reemplazar al hijo que muere tan pronto como sea posible, dando como resultado intervalos más cortos de nacimiento que aquellos que se observarían si el hijo hubiera sobrevivido. Así, hay contextos sociales en donde una elevada mortalidad significa una elevada fecundidad, en la medida en que se tendrá un mayor número de hijos como un efecto de reemplazo o incluso de prevención ante la percepción de un riesgo elevado de muerte de los hijos. Ante la inminencia de un futuro fallecimiento la respuesta es tener más hijos.

Algunos investigadores se han concentrado en el análisis de situaciones en las cuales es posible encontrar el umbral estadístico que lleve a identificar el nivel de la esperanza de vida o el desarrollo socioeconómico que se tiene que alcanzar para lograr una motivación en la pareja de limitar su fecundidad (Bulatao, 1985). Tales estudios han permitido identificar este umbral a partir del cual se produce el descenso de la fecundidad y relacionarlo con situaciones de desarrollo social, que parecen estar más estrechamente asociadas con este descenso que el simple crecimiento económico (Cleland, 1990), es posible suponer que entre estas condiciones se encuentra el descenso de la mortalidad infantil.

La generación de datos a nivel micro en países en desarrollo ha apoyado una nueva generación de estudios sobre el efecto de la mortalidad infantil, a través de la interrupción de la lactancia y el efecto de reemplazo, sobre la fecundidad (Chowdhury, et al. 1992; De Guzmán, 1984; Santow y Bracher, 1984; Nur, 1985; Jonson y Sufian, 1992). Esos estudios han confirmado que las mujeres que han tenido la experiencia de uno o más hijos muertos tienden a tener una mayor fecundidad que aquellas a las cuales todos los hijos le sobreviven.

La investigación ha mostrado que la relación entre fecundidad y mortalidad infantil es compleja, se dice que hay una relación causal en ambos sentidos; pues mientras la mortalidad infantil afecta la fecundidad a través de factores biológicos y actitudinales, la fecundidad afecta a

la mortalidad infantil a través del efecto generado por la amplitud del intervalo entre nacimientos, que permite que el organismo de la madre se encuentre en condiciones óptimas para tener un embarazo.

Con el propósito de intentar explicar esta relación tan compleja, se ha buscado analizarla a través de factores como la anticoncepción. En ese sentido se ha planteado establecer una relación entre mortalidad infantil y fecundidad, en la cual la variable interviniente es el uso de anticonceptivos. Con esta perspectiva los estudios están encaminados a medir tanto el efecto biológico como el efecto actitudinal (Preston, 1978) entre estas variables. El efecto biológico se hace evidente, como ya se mencionó, cuando la muerte temprana del niño expone a la madre a un alto riesgo de embarazo por la interrupción brusca de la lactancia. Como resultado de este efecto, en sociedades donde el control voluntario de la fecundidad está ausente, la mortalidad infantil da como resultado una fecundidad elevada (Chowdhury, 1976), por lo que la anticoncepción puede ser considerada como un determinante próximo de la fecundidad cuando se trata de observar el efecto de la mortalidad infantil.

Respecto al otro mecanismo de influencia de la mortalidad infantil sobre la fecundidad que es la duración de la lactancia, se dice que su terminación desencadena la reanudación de la menstruación y la ovulación, de tal manera que se incrementa el periodo de exposición al riesgo de concebir. La magnitud de este efecto que involucra un componente psicológico es relativamente importante y consistente en diferentes contextos demográficos (Grummer-Strawn, 1998; Jones y Palloni, 1990). Igualmente consistente es el efecto atribuido a la suspensión de la lactancia con la ausencia y muerte del hijo, excepto en el caso de múltiples nacimientos (Bongaarts y Delgado, 1977; Huffman, et al., 1987; Jones y Palloni, 1990). Este mecanismo implica una respuesta de la fecundidad a los cambios en la mortalidad infantil con desfases en el tiempo y puede estimarse que es más importante en sociedades en donde el amamantamiento de los hijos es una práctica generalizada y en donde la prevalencia de la anticoncepción es baja.

El otro mecanismo que se ha mencionado y que es el “efecto reemplazo” y que es una estrategia que se manifiesta como un incremento de la fecundidad (Ben-Porath, 1978; Knodel, 1978; Vallin y Lery, 1978), se ha considerado sin embargo, que es menos importante que el que se tiene a través del efecto de la lactancia. Aunque como ya se mencionó, las implicaciones de este mecanismo serían las de incrementar la fecundidad como respuesta de los cambios en la mortalidad, el plazo en que esto se produce no tiene que ser necesariamente corto, como cuando

la respuesta es puramente biológica o psicológica. Incluso, una muestra del efecto reemplazo puede ser evidente únicamente al final de la vida reproductiva. En otros casos que serían los menos, la situación puede ser tal, que en las parejas conyugales entre las cuales se produce la muerte de un hijo, la estrategia de reemplazo implica una reacción rápida y el intento de acelerar la concepción de otro hijo puede producirse inmediatamente después del fallecimiento del hijo previo. Se dice también que esta respuesta de reemplazar al hijo muerto produce un efecto de imitación entre el grupo social de referencia asociado a un mecanismo psicológico. En sociedades donde se practica la anticoncepción la evidencia de la estrategia de reemplazo puede estar reflejada en el retraso en la adopción de prácticas de limitación efectiva de la fecundidad o en la discontinuación de la anticoncepción.

Finalmente, un tercer mecanismo constituye una respuesta al nivel de la mortalidad que se observa en el contexto de la comunidad de residencia es el que podemos llamar de sobrevivencia del grupo y se refiere a la práctica justificada por situaciones sociales de alta mortalidad en el pasado, de tener más hijos de los que se desean, aunque en la actualidad ninguno de los hijos nacidos vivos haya muerto, como protección por si algunos mueren y pretende asegurar un número ideal de hijos al final del periodo reproductivo. Esta forma anticipada de enfrentar los riesgos de muerte puede dar lugar a un incremento en la fecundidad, cuando la incertidumbre sobre la sobrevivencia de los hijos se incrementa ante un ambiente adverso o cuando en términos reales la mortalidad en la sociedad se incrementa, pero resulta ser sólo una situación temporal. Este efecto puede ser más importante en sociedades en las cuales los hijos constituyen el sostén de los padres en la vejez, o en las cuales es importante mantener la sobrevivencia del grupo familiar como parte de las prácticas relacionadas con la sucesión o la herencia.

La posibilidad de medir esta relación es muy difícil de concretar con los datos comúnmente disponibles, porque la estrategia de sobrevivencia del grupo, depende de un ajuste de la pareja a la situación del medio, al percibir la experiencia de la mortalidad en la sociedad y esa percepción es muy difícil de identificar con precisión a través de una encuesta e implica relacionar los datos individuales con los datos de la comunidad.

El impacto de la mortalidad infantil en la fecundidad ha sido planteado reiteradamente por los demógrafos a pesar de la dificultad de contar con información susceptible de ser utilizada con este objetivo.

Debe también mencionarse que los economistas interesados en los hallazgos conceptuales y los resultados estadísticos observables en esta relación, han seguido líneas de investigación que utilizan modelos dinámicos en los que se combina la medición del efecto que aquí se ha denominado sobrevivencia del grupo con el efecto reemplazo (Wolpin, 1984; Sah, 1991). La formulación teórica de la relación entre la mortalidad infantil y la fecundidad y su puesta a prueba en modelos econométricos, puede constituir una contribución importante para entender esta relación a través de la identificación de la secuencia de eventos en la toma de decisiones. Sin embargo, como en otras áreas de la economía la formulación de modelos dinámicos de comportamiento requiere de mayor desarrollo y mayor volumen de información que la normalmente producen encuestas como las que aquí se analizan.

En resumen, la relación entre la mortalidad infantil y la fecundidad es importante en la medida en que como ya se mencionó, su efecto puede dar como resultado una modificación deliberada del tamaño de familia deseado y precisamente, una variable importante que interviene en la relación anteriormente señalada es la educación de la madre.

7.2. Educación y Mortalidad infantil

Cuando se analiza la relación entre educación de la madre y mortalidad infantil, lo que se busca es responder a dos preguntas: La primera es: ¿qué tan fuerte y consistente es la asociación entre educación materna y mortalidad infantil si se consideran otros factores socioeconómicos? Y la segunda, si asumimos que hay una asociación neta entre esos factores, ¿cuál es el mecanismo responsable de esto?

Las diferencias en la mortalidad infantil por educación de la madre han sido observadas en un amplio número de países y en diversos momentos. Evidencias de 41 países como parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey) muestran que los hijos de madres sin educación tienen mayor riesgo de muerte. Por otro lado, evidencias del estudio comparativo para 11 países que se realiza usando los datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS)

(Bicego y Boerma, 1991) también muestran una importante diferencia entre la mortalidad infantil y los niveles educativos de las madres.

La relación mencionada ha sido abordada por diversos autores, entre quienes sobresale originalmente Caldwell, (1979), quien observa en su estudio de Nigeria que claramente la educación materna, más que la educación paterna, está estrechamente asociada con el incremento en la sobrevivencia de los niños.

Se han planteado una serie de razones por las cuales la educación reduce la mortalidad infantil. Desde el punto de vista económico se dice que la mujer más educada adopta nuevos comportamientos respecto al cuidado de la salud de sus hijos. Rosenzweig y Schultz, (1982) exploran el efecto de la educación en la fecundidad y la mortalidad infantil en Colombia y concluyen que la educación de la madre está fuertemente relacionada con la mortalidad infantil y la fecundidad. La razón de esta correlación según los autores es parcialmente aclarada por la interacción observada entre la escolaridad de la mujer y los servicios de salud en la comunidad. La educación proporciona a la población mayores posibilidades de obtener información sobre los beneficios del uso de los servicios de salud y de planificación familiar, la educación de la mujer puede incrementar la productividad de los insumos dedicados a la salud; por ejemplo, multiplicando la utilidad de la información acerca del uso óptimo de los servicios de salud Schultz, (1984). Otra razón, es que la educación puede modificar el costo de oportunidad del uso del tiempo de la madre, de tal manera que cambien las preferencias en el tamaño de familia para que el tiempo que dedica al cuidado de la salud del hijo tenga mejores resultados y se justifique esta inversión.

El descenso de la mortalidad infantil ha sido atribuido a factores como los cambios tecnológicos y avances científicos que han permitido curar enfermedades, así como a la presencia de servicios públicos de salud y a factores socioeconómicos. No obstante, la influencia de estos factores varía con el nivel de desarrollo del país. En sociedades tradicionales el mayor peso en la mortalidad lo tienen los factores demográficos más que los socioeconómicos, pero en países con un mayor nivel de desarrollo los factores socioeconómicos, como la educación materna, pasan a ocupar el primer lugar (Kim, 1988). Sin embargo, Jatrana, (1999) plantea que las tasas de mortalidad infantil son más elevadas por la influencia de factores demográficos como la edad de la madre, el intervalo intergenésico, la sobrevivencia del hijo anterior y la lactancia, que por factores socioeconómicos.

Por otra parte, Hobcraft, (1984) demuestra que los diferenciales socioeconómicos en la sobrevivencia infantil se amplían junto con el incremento de la edad del niño, es decir, la brecha en los niveles de mortalidad en la infancia es mayor que la que se observa en la mortalidad neonatal, por ejemplo. El autor encuentra que la asociación de la educación materna y la sobrevivencia del hijo es aproximadamente igual en las áreas rurales y urbanas, pero además es consistente con los hallazgos de Caldwell, (1979) en el sentido de que la mayor sobrevivencia de los hijos en áreas urbanas, reflejaría el impacto de las condiciones materiales de vida. Los autores mencionados sugieren que la asociación entre educación de la madre y sobrevivencia infantil en Africa Sub-sahariana es más débil que en el Asia o en América Latina, donde los diferenciales socioeconómicos son en general mayores.

Otro aspecto que recibe considerable atención es el papel que tiene la educación de la madre en asegurar la utilización de los servicios de salud para sus hijos. Cleland, (1990) encuentra que la educación tiene un efecto importante en la propensión a usar medicina moderna y a adoptar prácticas de cuidado de la salud, debido a una identificación social con el mundo moderno o una actitud más innovadora entre mujeres que han tenido alguna experiencia escolar.

La educación materna también está asociada a un mayor énfasis en mejorar la “calidad” del hijo. En este sentido pocos hijos significa mayor sobrevivencia, en la medida en la que se les puede ofrecer mejor atención, alimentación y educación, es decir, la madre está en posibilidad de hacer mayor inversión en capital humano. Debe decirse sin embargo, que la evidencia que permita comprobar esta hipótesis es más bien escasa a través de los datos provenientes de encuestas.

El empoderamiento de la mujer a través de la educación es otro aspecto que había sido planteado desde hace ya algunas décadas y que en años recientes ha cobrado interés en el análisis de la relación entre educación femenina y mortalidad infantil. Para Caldwell, (1979) la educación de la mujer altera la estructura de poder dentro de la familia; el autor establece que existen muchas evidencias sobre este punto que se observan indirectamente y pueden ser resumidas en el hecho de que las mujeres educadas hacen mejor uso de los servicios de salud para ellas y para sus hijos, como muestra del ejercicio del poder de decisión del cual carecen las mujeres sin educación en quienes se combina una actitud fatalista con una pasividad que refleja sometimiento.

Como ya se mencionó, al explicar el papel de la educación sobre la mortalidad, Caldwell (1990) pone atención en mayor medida a la autonomía de las mujeres en el África Sub-Sahariana y en muchas sociedades musulmanas. El autor argumenta que el efecto de la educación en la sobrevivencia de los niños es débil en los países subsaharianos porque en éstos, un aspecto clave como el empoderamiento de la mujer dentro de la familia es menos relevante³⁹ si lo comparamos con la situación en América Latina, en donde es posible esperar que las mujeres más educadas tengan mayor autonomía.

En los contextos de Africa, el hecho de que la relación entre educación y mortalidad infantil no sea tan clara, se comprende al tomar en cuenta algunas situaciones que ocurren en este continente. Por ejemplo, lo que significa que una madre tenga sólo pocos años de educación y su efecto sobre la sobrevivencia de los hijos, en contraste con las madres no educadas. Las mujeres que ya han recibido un mínimo de educación interrumpen prácticas tradicionales como el amamantamiento de los hijos, sin que al mismo tiempo, tengan suficiente información sobre cómo atender al bebé que sufre enfermedades diarreicas al ingerir alimentos higiénicamente mal preparados. Se supone también que la relación de la educación con la mortalidad infantil no es tan relevante porque la infraestructura de salud en el África es muy limitada e inhibe la habilidad de la mujer más educada de tomar ventaja de los servicios de salud que existen a su alrededor.

Por otro lado, hay un amplio número de asociaciones entre la sobrevivencia de los hijos y la educación de la madre que son ampliamente considerados en la literatura demográfica. Primeramente, las mujeres educadas tienden a casarse más tarde y por tanto a tener a su primer hijo a una edad más tardía que las mujeres menos escolarizadas, de tal forma que la sobrevivencia de los hijos es mayor en la medida en que ésta se encuentra relacionada con la edad de la madre al nacimiento de los hijos. Jatrana (1999), en el estudio mencionado en un párrafo anterior, confirma esta relación al encontrar que los hijos de madres jóvenes (menores de 20 años) tenían mayor riesgo de mortalidad infantil que aquellos hijos de madres de más de 20 años de edad.

Las mujeres sin educación tienden a tener familias numerosas e inician como ya se vio en otro capítulo la maternidad a edades tempranas, por lo que sus hijos están más expuestos a enfrentar una mayor mortalidad asociada con la crianza muy temprana. Un elemento

³⁹ Además, en muchos países africanos se tienen niveles significativos de hijos adoptivos que sin embargo se declaran como hijos biológicos y por tanto complican el análisis.

determinante de la sobrevivencia del hijo es el cuidado prenatal, la vacunación antitetánica y la calidad de la asistencia médica que reciba la mujer al dar a luz. Stewart y Sommerfelt (1991) resumen la información de variables relacionadas con estos aspectos del cuidado de la salud en 25 encuestas nacionales, (aunque el análisis multivariado únicamente está dedicado a tres países, Bolivia, Egipto y Kenia). El nivel total de cuidado prenatal varía substancialmente de 25 por ciento de los nacimientos en Marruecos a más del 90 por ciento en Zimbabwe, Botswana, Sri Lanka, República Dominicana y Trinidad y Tobago; para Bolivia, Egipto y Kenia esos niveles son de 45 y 77 por ciento respectivamente. El porcentaje de partos atendidos por una persona entrenada es muy variable, va de menos de 33 por ciento en Burundi, Marruecos, Guatemala y Mali; a más del 90 por ciento en República Dominicana y Trinidad. (En los tres países estudiados en profundidad, Bolivia Egipto y Kenia, el porcentaje es de 42 y 50 por ciento respectivamente).

Las mujeres que han recibido vacuna contra el tétano durante su embarazo, menos del 20 por ciento aparece en Egipto, Guatemala, Perú y Mali; y en más del 75 por ciento en Kenya, Botswana, Zimbabwe, Sri Lanka, y República Dominicana. Los diferenciales en la inmunización antitetánica por nivel de escolaridad de la mujer fueron pequeños en Egipto y Kenya, pero grandes en el caso de Bolivia.

En el estudio ya mencionado de Stewart y Sommerfel (1991) se muestran importantes diferencias de acuerdo al nivel educativo de la madre en el cuidado prenatal. Después de controlar otras variables como residencia urbano-rural, posesión de bienes, educación del esposo, paridad, edad al embarazo, embarazos múltiples y prioridad en el uso de planificación familiar, el nivel de educación de la mujer emerge como el más importante factor que explica las diferencias en el cuidado prenatal y esto también aparece en el análisis elaborado por Bicego y Boerma (1991), en el que se encuentra un amplio diferencial en el cuidado prenatal según nivel de educación de la madre.

Por otro lado, en los tres países estudiados en profundidad por Stewart y Sommerfel (1991, op. cit.), se encontró que las mujeres educadas fueron en mayor medida atendidas por personas con conocimiento médicos al momento de dar a luz y de nuevo, la asociación con el nivel de escolaridad es muy clara después de controlar toda una serie de factores y esta asociación fue más fuerte en las áreas urbanas de Bolivia y Egipto.

Bicego y Boerma, (1991, op. cit.) confirman que la mortalidad neonatal es en general menos sensible a la educación materna que la mortalidad en los siguientes 23 meses de vida. Pero estos autores también notan que Bolivia, Colombia, Mali y Burundi son la excepción de esta generalización.

Menshc (1985) encuentra una fuerte relación entre educación materna y sobrevivencia infantil y no encuentra diferencias en la intensidad de esta relación según el área de residencia urbano-rural; pero Bicego y Boerma, (1991, op. cit.) ven que la educación tiene un efecto más importante en los centros urbanos, porque allí puede ser más fácil escapar de la poderosa estructura familiar tradicional y se hace más efectivo el cambio que produce en el comportamiento de la madre. Algo que sobresale entre los hallazgos de estos investigadores, es que la educación no es importante para superar los problemas del acceso físico a los servicios de salud, es decir, es la existencia misma de los servicios lo esencial para lograr que afecten la sobrevivencia de los hijos y esto ocurre con mayor facilidad en áreas urbanas.

Evidencias recientes sobre la asociación entre educación materna y sobrevivencia infantil están apareciendo a partir del análisis de los datos de las encuestas de demografía y salud (DHS).

Hobcraft, (1993), discute el resultado de una serie de análisis multivariados aplicados a los datos generados por 25 encuestas (DHS), que incorporan la educación de la madre como una de las variables explicativas de la mortalidad infantil, en cuya medición se considera la sobrevivencia de los hijos hasta los dos años de edad. El hallazgo más significativo sugiere que la educación materna, entre un conjunto de variables socioeconómicas, ejerce una poderosa influencia en la sobrevivencia infantil. Además, la asociación entre la educación materna y la sobrevivencia a los dos años no difiere sustancialmente entre los modelos considerados que incluyen diversas variables; por ejemplo, el efecto de la educación de la madre es alterado muy poco cuando se controla la edad materna y la duración del intervalo genésico.

7.3. La salud materno-infantil y la educación de la madre.

Como es obvio suponer por lo ya mencionado, al analizar la relación entre educación y mortalidad infantil, una serie de condiciones que tienen que ver con la salud de los hijos adquieren un papel relevante; afortunadamente, las encuestas de demografía y salud (DHS) generan nueva información para describir los diferenciales en el estado de salud de los niños y relacionarlos con la escolaridad de la madre. La información que es recolectada en estas

encuestas incluye el cuidado prenatal, inmunización contra el tétanos, y el cuidado durante el embarazo. Para la sobrevivencia del hijo se recolecta información sobre el peso y talla del niño, sobre la inmunización, sobre las enfermedades que ha tenido y el tratamiento recibido. Sin embargo, debe decirse que a pesar de la riqueza de esta información ha sido hasta ahora sólo parcialmente usada Hobcraft, (1993).

Bicego, y Boerma (1991, op. cit.) hacen un análisis comparativo con datos de 17 encuestas de Demografía y Salud (DHS) para estimar el efecto de la educación materna sobre la sobrevivencia infantil, a través del uso de servicios de salud. En esta investigación los autores dividen a los países en dos grupos: aquellos con suficiente número de nacimientos ocurridos en mujeres con secundaria o más (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Egipto, Tailandia, Sri Lanka, Ghana, Kenya, Uganda, y Zimbabwe), que permitieron la clasificación de las mujeres en tres grupos educativos: sin educación, primaria y secundaria y un segundo grupo de países formado por aquellos en los que las mujeres tenían bajos niveles de educación como Marruecos, Túnez, Burundi, Mali y Senegal y Togo, en donde el reducido número de casos de mujeres con al menos educación secundaria sólo permitió el análisis entre mujeres que no fueron a la escuela y mujeres que completaron un año o más de escolaridad.

En un primer modelo se incluye sólo la educación materna como una variable explicativa. En un segundo modelo se introducen variables adicionales como la disponibilidad de agua en los hogares, el tipo de letrina y un índice de status económico de los hogares, derivado de indicadores como posesión de radio, televisión, vehículos, o el tipo de vivienda. El tercer modelo introduce indicadores como la atención prenatal y la aplicación de vacuna antitetánica, durante el embarazo. Finalmente, un cuarto modelo incluye la interacción entre educación materna y el efecto de la residencia urbano-rural. Los resultados en cada uno de los modelos muestra que el efecto de la educación de la madre permanece y por lo tanto, se concluye que, independientemente de otras condiciones, esta variable tiene un efecto significativo sobre la mortalidad infantil.

En el trabajo ya mencionado de Bicego y Boerma, (1991 op. cit.), el análisis comparativo referido aborda también la relación entre la educación materna y el crecimiento de los niños de entre 3 y 23 meses de edad al momento de la encuesta. El bajo peso para la edad, es ampliamente reconocido como un indicador de la desnutrición crónica, pero no constituye un indicador clave para estimar el riesgo de muerte. El estudio del peso y la talla proporciona algunos indicadores

de la salud de los niños y los adultos, pero no puede considerarse como un indicador del riesgo de mortalidad infantil. Los autores, encuentran que la estatura se relaciona fuertemente con la educación materna, pero no con el riesgo de mortalidad de los niños entre uno y 24 meses de edad. A pesar de la interacción entre educación de la madre y condiciones económicas, cuando se controla por status socioeconómico los hijos de las mujeres sin educación tienen menor talla en Colombia, República Dominicana, y Tailandia en comparación con los hijos de mujeres con secundaria y más. Esto resulta interesante y los resultados sugieren que incluso, se deberían hacer los análisis controlando características socioeconómicas del padre como la educación y la ocupación.

Respecto a las inmunizaciones como factor de protección a las enfermedades y por tanto con efectos sobre la sobrevivencia, sistemáticamente se ha encontrado que los hijos de las mujeres menos educadas en menor proporción están vacunados. Aunque en la mayoría de los países la inmunización es elevada, como lo muestra el estudio de Boerma, Sommerfelt, Rutstein y Bicego, (1990), se hace evidente que los hijos de madres con secundaria o más tienen porcentajes de inmunización de más del 90 por ciento. Las excepciones se observaron en Uganda y Liberia y Malí. En general las diferencias en los niveles de inmunización entre los hijos de madres educadas y sin educación fueron por debajo del 10 por ciento en 10 de los 23 países analizados; únicamente exceden el 20 por ciento en Ghana, Liberia, Malí, Senegal, Uganda, Tailandia y Bolivia. En virtud de que entre los hijos de las mujeres más educadas los niveles de vacunación son ya muy elevados, las diferencias en la cobertura de vacunación a nivel nacional pueden disminuirse incrementando el porcentaje de inmunización en los hijos de madres que no asistieron a la escuela o tienen bajos niveles de escolaridad.

Diferenciales en la prevalencia de diarrea durante las dos semanas previas a la fecha de levantamiento de las encuestas DHS para los niños de seis a 23 meses de edad, se observan en el trabajo de Boerma, et al (1991). La incidencia de la diarrea fue consistentemente más elevada entre los hijos de mujeres que no asistieron a la escuela que entre los de mujeres con educación primaria. Los diferenciales por educación de la madre son de gran magnitud, especialmente al contrastar las mujeres de menor escolaridad contra las mujeres con secundaria.

La asociación mas fuerte entre educación y atención a los hijos que se enferman, fue reportada por Cleland, (1990). El autor encuentra una gran variación en el conocimiento sobre la rehidratación oral entre las madres de diferentes niveles educativos, aunque hay excepciones

como Botswana, Zimbabwe, y Egipto en donde más del 90 por ciento de las mujeres han oído hablar de las sales de rehidratación oral y la diferencia por educación es pequeña en estos países. Según el autor, el diferencial en el conocimiento de sales de rehidratación oral por educación de las madres es de los más dramáticos que ha encontrado en la investigación en estos temas.

Es posible afirmar que hay una clara evidencia de que existen diferenciales entre el nivel de educación de la madre y la prevalencia de enfermedades diarreicas, pero en general los datos disponibles permiten identificar más específicamente las diferencias que se manifiestan en el tratamiento de la enfermedad en la infancia. Las madres más educadas están más informadas de las sales de rehidratación oral y generalmente tienden más a hacer uso de ellas en los episodios de diarrea. Son también más propensas a usar los servicios médicos para el tratamiento de las diarreas, fiebres y enfermedades respiratorias. No hay sin embargo, una prueba estadística clara de cómo estos diferenciales se concretan en mayores o menores probabilidades de sobrevivencia infantil.

Después de la revisión realizada es posible hacer algunas consideraciones a manera de conclusión: Los hijos de las mujeres más educadas tienen mayores coberturas de inmunización, pero de nuevo no está claro como esto se traduce en la mortalidad infantil pues sólo se recoge información para los hijos sobrevivientes. No se pueden por tanto, generar evidencias estadísticas a través de las encuestas sociodemográficas, en la forma en que generalmente son diseñadas, que muestren la relación causal entre cuidados a la salud en la infancia y mortalidad, aunque sea posible suponer que esto es así.

Las madres educadas reciben mayor cuidado prenatal, están en mayor medida inmunizadas contra el tétano y atendidas por personal capacitado. Las evidencias sugieren que la sobrevivencia del niño de las mujeres más educadas se da a través de mayor cuidado prenatal y la aplicación de la vacuna contra el tétano.

Las mujeres más educadas tienen tendencia a casarse más tarde y a tener a sus hijos a edades no tan tempranas y tener pocos hijos, todo esto se traduce en un menor riesgo de mortalidad de sus hijos. Por lo que puede decirse que la evidencia de mayores chances de sobrevivencia de los hijos al incrementar la educación de la madre ha sido mostrada a través del tiempo y en diferentes culturas y las excepciones deben de analizarse con mayor atención generando información que la mayoría de las encuestas no aporta.

7.4. Evolución de la mortalidad infantil en México y Colombia.

La mortalidad infantil tanto en México como en Colombia, ha caído drásticamente en los años recientes, si bien, ésta caída ha estado asociada a los cambios económicos y sociales en general que se han producido en los dos países, sin duda lo más importante han sido los avances científicos en materia de salud, específicamente el surgimiento de medicamentos para prevenir y curar enfermedades que en el pasado diezaban a la población y el descubrimiento de nuevas estrategias para enfrentar cierto tipo de enfermedades. La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, así como la terapia de rehidratación oral ha contribuido notablemente al descenso de la mortalidad infantil en ambos países.

La tendencia a la baja en la mortalidad infantil se inicia en Colombia a mediados del siglo pasado y según los datos con que se cuenta a partir de la década de los setentas es cuando se da la mayor caída y, si bien en la última década de siglo XX continua el descenso, su evolución se hace más lenta.

La crisis económica, el aumento de la pobreza y la aparición de enfermedades como el SIDA e incluso de padecimientos que se consideraban erradicados, han puesto en alerta a las instituciones de salud, ya que se empieza a ver un estancamiento en el descenso de la mortalidad infantil en los países en vía de desarrollo (OMS, 2001).

En México, la mortalidad infantil no ha detenido su descenso, y como anota Aguirre (1997), en la llamada década perdida, a pesar del estancamiento económico reciente, la mortalidad infantil descendió.

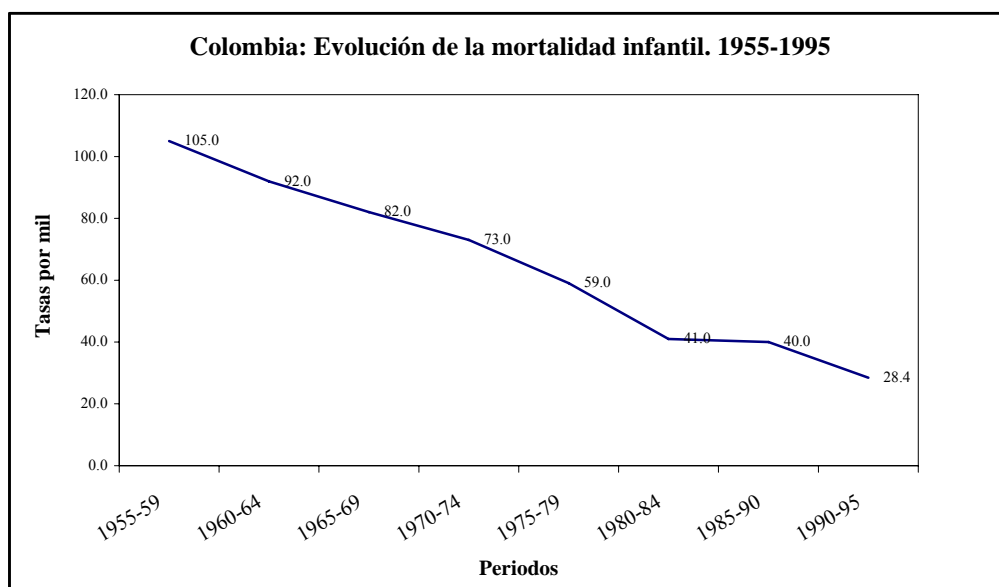
De la observación de las tendencias que sigue la evolución de la mortalidad infantil en ambos países, resulta especialmente significativa la caída observada en el paso de los años 70 a los años 80 que coincide por cierto, con la etapa en la cual se inicia el descenso acelerado de la fecundidad.

Los incrementos en la sobrevivencia de los niños menores de un año son claramente observables en este período y son muy similares en su magnitud en Colombia y México. Se pasa de una tasa de mortalidad infantil superior a cien defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, a un valor que fluctúa en alrededor de treinta defunciones e incluso es menor en el caso de Colombia. Aunque las estimaciones de esta variable pueden estar sujetas a discusión en cuanto al nivel, la tendencia a la baja es suficientemente clara y difícilmente puede ponerse en

duda a pesar de las situaciones de crisis económica, que han dado como resultado incrementos en el número de pobres y reducciones en el gasto público que han impactado especialmente los programas sociales. No obstante las medidas de salud con un componente importante en la atención primaria de las madres durante el embarazo, la atención al parto y el cuidado de los hijos pequeños, han hecho sentir sus efectos sobre la mortalidad infantil y puede suponerse que la disminución en el número de hijos ha multiplicado el alcance de estas medidas.

Otro factor fundamental que está en el origen de esta tendencia a la baja de la mortalidad infantil es el incremento significativo en el nivel de escolaridad de las mujeres colombianas y mexicanas, lo que ha hecho que las campañas de salud tengan éxito por la respuesta de las madres hacia el cuidado de su salud y la de su familia, además de que ha sido posible desterrar en gran medida actitudes fatalistas que hacen que la enfermedad y muerte de un hijo sea vista como el resultado de “la voluntad de Dios”, ante la cual ya nada hay que hacer, sin embargo, ahora se enfrentan estos eventos con los conocimientos que se obtienen desde la educación más elemental.

Gráfica No. 7.1



Fuente: Cuadro No. 7.1.

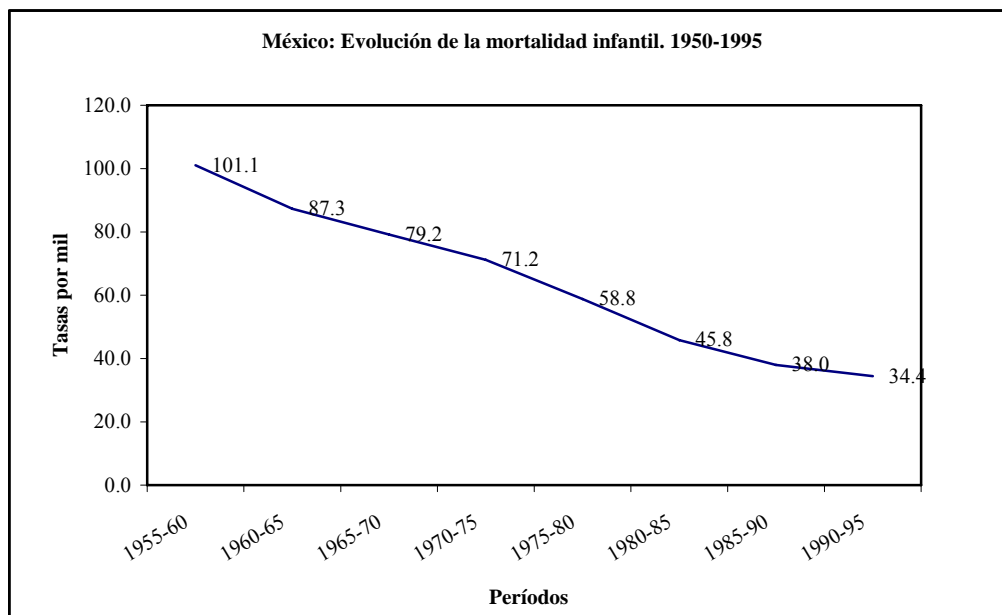
Cuadro No. 7.1

COLOMBIA: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL 1955-1995 (Tasas por mil)

PERIODOS	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
1955-59	105.0
1960-64	92.0
1965-69	82.0
1970-74	73.0
1975-79	59.0
1980-84	41.0
1985-90	40.0
1990-95	28.4

Fuente: 1955-1990. Colombia 1995: Results from the Demographic and Health Survey. En: Studies in Family Planning. Vol. 28 No. 1. 1997.
1990-95. ENDS-95. Cálculos propios

Gráfica No. 7.2



Fuente: cuadro No. 7.2.

Cuadro No. 7.2

MÉXICO: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL 1950-1995 (Tasas por mil)

PERIODOS	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
1955-60	101.1
1960-65	87.3
1965-70	79.2
1970-75	71.2
1975-80	58.8
1980-85	45.8
1985-90	38.0
1990-95	34.4

Fuente: 1955-1990. Estimaciones Consejo Nacional de Población
La Situación Demográfica de México. CONAPO, 1998.
1990-1995. ENAPLAF-95. Cálculos propios

7.5. La atención del embarazo y el parto y su relación con la mortalidad infantil.

Las medidas preventivas que deben tener las mujeres durante el embarazo y el parto pueden contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil. Por lo tanto, es posible suponer que una serie de prácticas relacionadas con el cuidado de la madre y el hijo que son claramente diferenciales según la escolaridad de la mujer, pueden impactar los niveles de mortalidad infantil y finalmente la fecundidad.

Según un estudio realizado por la OPS (2004), la mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de tal magnitud que 23.000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto y en la gran mayoría de los casos por “causas evitables que pueden ser prevenidas en los países desarrollados”. El riesgo de fallecer al dar a luz en América Latina es de 1/160 frente al 1/4000 en Europa occidental, es decir, 25 veces mayor. En este estudio se menciona que una de las principales causas de muerte materna es la falta de asistencia médica institucionalizada; pues la información muestra que el 24 por ciento de las madres no tienen asistencia médica durante el embarazo, y una tercera parte no tiene atención médica en el momento del parto. Grandes diferencias aparecen según las condiciones socioeconómicas de las mujeres; para el 20 por ciento más rico de la población las cifras de asistencia institucionalizada superan el 90 por ciento, tanto

en la atención durante el embarazo como en el parto. Para el 20 por ciento más pobre, las limitaciones en la atención médica son extremas; por ejemplo, en Bolivia el 60 de las mujeres embarazadas carece de atención prenatal, y el 80 por ciento de asistencia médica durante el parto. En Brasil, casi el 30 por ciento de las mujeres del quintil más pobre carece de atención médica; en Perú en el quintil más pobre un 60 por ciento no tiene atención durante el embarazo y un 86 por ciento no la tiene durante el parto.

Estas cifras muestran el panorama que se vive en la región en materia de cuidados prenatales y Colombia y México como se verá más adelante, no escapan a esta problemática como lo hacen evidente los datos de las encuestas analizadas, al reflejar las enormes diferencias que existen según la escolaridad de las mujeres.

7.5.1. Atención prenatal

Durante el periodo de gestación, las mujeres deben de realizar el control prenatal; éste debe iniciarse lo más temprano posible, realizarse de forma periódica e integral, pues ello contribuye a identificar problemas de salud de tal manera que se pueda tratar y prevenir cualquier complicación que pudiera poner en riesgo la vida del hijo y de la madre. Es recomendable que el primer control médico se haga durante el primer trimestre del embarazo, con una frecuencia mensual hasta el séptimo mes y entre el séptimo y noveno mes cada 2 semanas. Ahora bien, cuando la mujer embarazada realiza el control prenatal en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos. La atención prenatal la debe realizar personal capacitado, principalmente el médico o en los casos en que las situaciones geográficas o de infraestructura no lo permita será hecha por la enfermera o auxiliar de salud o la partera.

Los datos de las encuestas muestran que las madres en gran proporción sí atienden sus embarazos y la mayoría acuden al médico a continuas revisiones. A la pregunta de si alguien revisó el embarazo el 93.1 por ciento de las mujeres mexicanas y el 84 por ciento de las mujeres colombianas dijeron que sí. Como se aprecia claramente, la existencia de un 16 por ciento de mujeres colombianas que no revisa su embarazo resulta preocupante, pero la situación es más grave cuando se observa que la falta de atención se da en todos los grupos de edad incluidos los de mayor riesgo, es decir las adolescentes de 15 a 19 años y las de mayor edad, entre los 40 y 49 años. Entre las mujeres mexicanas si bien el 6.9 por ciento es un porcentaje menor, lo que resulta

relevante es que son las mujeres de mayor edad las que no acuden a una revisión de la evolución de el embarazo y, como ya es conocido los riesgos de muerte tanto de la madre como del hijo se incrementan al final del periodo reproductivo. De las mujeres que han tenido atención prenatal la mayoría lo hacen entre los 0 y 3 meses de gestación, la excepción corresponde a las mujeres de 40 a 44 años en México, quienes realizan la revisión medica ya muy avanzado el embarazo entre los 7 y 9 meses y las mujeres colombianas de 45 a 49 años quienes acuden a la visita prenatal entre los 4 y 6 meses.

Cuando el cuidado prenatal se asocia con el orden de nacimiento del hijo se observan claras diferencias, en los cuidados médicos prenatales. De manera sistemática en Colombia, conforme aumenta el número de hijos se incrementan también los porcentajes de mujeres cuyo embarazo más reciente no tuvo revisión médica. En el caso de México, el porcentaje que no recibió este tipo de atención es claramente superior entre las mujeres con 4 o más hijos, respecto a las mujeres con menos hijos. Los datos, sugieren no sólo el hecho de que probablemente las mujeres le presten mayor atención al primer embarazo, también es probable que esta información haga evidente la situación socioeconómica de las mujeres con elevada fecundidad que no tienen acceso a la atención médica durante el embarazo. Esto es especialmente importante, por las diferencias en el cuidado prenatal según nivel de escolaridad, que los datos que se presentan más adelante lo hacen evidente.

Al observar la situación según el nivel de escolaridad de las mujeres, como podría esperarse, son las menos escolarizadas las que más carecen de atención prenatal. Las mujeres más educadas en los dos países reciben el cuidado prenatal en etapas tempranas de gestación, mientras que las menos educadas que hacen la revisión incluso hasta los 6 meses o más.

Como se ha anotado anteriormente la persona que revisa el embarazo debe ser una persona con la preparación profesional adecuada y en ese sentido, la situación es favorable entre las mujeres de los dos países, pues el médico es la persona a quien más acuden para realizar el control prenatal. En el caso de México aparece la categoría “otros” con un 6.6 por ciento; dentro de esta categoría se encuentra la enfermera, comadrona y auxiliar de salud; lo que implica que en el caso de los dos países las mujeres acuden a personal calificado para el cuidado prenatal.

Las diferencias entre los distintos niveles de escolaridad según la persona que realiza la revisión del embarazo, son una clara muestra del acceso a los servicios de salud restringidos para las mujeres más pobres. Las mujeres más escolarizadas reciben cuidados prenatales tanto

oportunos como adecuados, ya que prácticamente en su totalidad es un médico el que presta estos servicios.

La revisión médica que reciben las mujeres durante el embarazo es mayor entre las mujeres mexicanas que las colombianas y el 16 por ciento de mujeres que no han revisado su embarazo sin duda está reflejando los grandes problemas que presenta el sistema de salud colombiano, que aún cuenta con un porcentaje elevado de población no afiliada a los servicios de salud y que en el año 2004 representa el 36.4 por ciento⁴⁰, aunado a la mala calidad de la prestación del servicio⁴¹. Pero este sería un problema digno de un estudio detallado y que en este trabajo sólo se alcanza a visualizar a través del análisis de la atención prenatal.

Cuadro No. 7.3

COLOMBIA Y MÉXICO, PORCENTAJE DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, Y CUYO ÚLTIMO EMBARAZO TUVO REVISIÓN MÉDICA, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	COLOMBIA	MÉXICO
15-19	84.0	89.1
20-24	80.6	93.7
25-29	87.2	95.2
30-34	86.3	94.3
35-39	84.3	89.0
40-44	75.1	93.4
45-49	82.7	80.4
Total	84.0	93.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

⁴⁰ Afiliados según régimen contributivo 32.7%; afiliados según régimen subsidiado, 30.3 por ciento (Restrepo, 2005)

⁴¹ Un fenómeno reciente que se ha presentado en Colombia es el denominado paseo de la muerte que hace referencia al hecho de que las personas mueren porque se les niega la atención médica en los centros de salud, aún cuando estén afiliados a alguna institución prestadora del Servicio de Salud (EPS), *Tomado de El Tiempo Marzo 04/2006*

Cuadro No. 7.4

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN MESES DE EMBARAZO A LA PRIMERA REVISIÓN DEL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	0 A 3 MESES	4 A 6 MESES	7 A 9 MESES	NO INFORMA	TOTAL
15-19	67.6	27.2	5.2	0.0	100.0
20-24	75.4	21.7	2.6	0.3	100.0
25-29	80.9	17.4	1.7	0.0	100.0
30-34	79.3	16.7	3.3	0.7	100.0
35-39	84.3	13.1	2.1	0.5	100.0
40-44	80.9	13.4	5.3	0.5	100.0
45-49	73.1	23.1	3.8	0.0	100.0
Total	78.4	18.5	2.8	0.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.5

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN MESES DE EMBARAZO A LA PRIMERA REVISIÓN DEL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	0 A 3 MESES	4 A 6 MESES	7 A 9 MESES	NO INFORMA	TOTAL
15-19	57.4	39.6	3.0	0.0	100.0
20-24	63.2	28.4	8.4	0.0	100.0
25-29	72.3	24.9	2.8	0.0	100.0
30-34	65.8	30.3	3.9	0.0	100.0
35-39	65.0	31.0	4.0	0.0	100.0
40-44	56.8	32.3	10.8	0.1	100.0
45-49	22.2	70.8	7.0	0.0	100.0
Total	65.3	29.7	4.9	0.1	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.6

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

NÚMERO DE HIJOS	PERSONAL QUE REVISÓ EL EMBARAZO			Total
	Médico	Otros	Nadie	
1	93.1	0.2	6.7	100.0
2	88.1	0.1	11.7	100.0
3	81.4	0.4	18.2	100.0
4 y más	65.5	0.8	33.6	100.0
Total	83.7	0.3	16.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.7

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE Y NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

NÚMERO DE HIJOS	PERSONAL QUE REVISÓ EL EMBARAZO			Total
	Médico	Otros	Nadie	
1	92.0	3.3	4.7	100.0
2	93.1	3.2	3.7	100.0
3	86.8	8.4	4.8	100.0
4 y más	73.8	12.5	13.8	100.0
Total	86.5	6.6	6.9	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.8

COLOMBIA Y MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, QUE REVISARON EL EMBARAZO MÁS RECIENTE SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PORCENTAJE CON REVISIÓN		TOTAL
	COLOMBIA	MÉXICO	
0 a 3 años	62.2	83.2	100.0
4 a 6 años	82.4	92.5	100.0
7 años y más	95.2	96.8	100.0
Total	84.0	93.1	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.9

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LA PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
15-19	83.6	0.3	16.0	100.0
20-24	80.2	0.4	19.4	100.0
25-29	87.1	0.2	12.8	100.0
30-34	85.8	0.4	13.8	100.0
35-39	84.0	0.2	15.7	100.0
40-44	74.2	1.0	24.9	100.0
45-49	82.7	0.0	17.3	100.0
Total	83.7	0.3	16.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.10

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LA PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
15-19	82.6	6.5	10.9	100.0
20-24	87.7	6.0	6.3	100.0
25-29	89.2	6.0	4.8	100.0
30-34	89.2	5.1	5.7	100.0
35-39	81.7	7.3	11.0	100.0
40-44	78.9	14.6	6.6	100.0
45-49	62.3	18.0	19.6	100.0
Total	86.5	6.6	6.9	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.11

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN MESES DE EMBARAZO A LA PRIMERA REVISIÓN DEL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	0 A 3 MESES	4 A 6 MESES	7 A 9 MESES	NO INFORMA	TOTAL
0 a 3 años	75.3	19.0	5.0	0.7	100.0
4 a 6 años	74.4	21.5	3.7	0.4	100.0
7 años y más	82.4	16.4	1.1	0.1	100.0
Total	78.4	18.5	2.8	0.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.12

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN MESES DE EMBARAZO A LA PRIMERA REVISIÓN DEL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	0 A 3 MESES	4 A 6 MESES	7 A 9 MESES	NO INFORMA	TOTAL
0 a 3 años	48.9	41.8	9.3	0.0	100.0
4 a 6 años	54.2	38.3	7.4	0.1	100.0
7 años y más	76.7	21.0	2.3	0.0	100.0
Total	65.3	29.7	4.9	0.1	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.13

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
0 a 3 años	61.1	0.8	38.1	100.0
4 a 6 años	82.2	0.4	17.4	100.0
7 años y más	95.1	0.1	4.8	100.0
Total	83.7	0.3	16.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.14

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LA PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERSONA QUE REVISÓ EL EMBARAZO			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
0 a 3 años	64.7	18.5	16.8	100.0
4 a 6 años	83.2	9.3	7.5	100.0
7 años y más	95.8	1.0	3.2	100.0
Total	86.5	6.6	6.9	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.15

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN PRENATAL AL HIJO MÁS RECIENTE POR NÚMERO DE HIJOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NÚMERO DE HIJOS ESCOLARIDAD	ATENCIÓN PRENATAL			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
0 a 3 años				
1	72.4	0.7	26.9	100.0
2	74.5	0.0	25.5	100.0
3	63.3	0.7	36.0	100.0
4 y más	51.7	1.5	46.8	100.0
Total	61.1	1.0	38.1	100.0
4 a 6 años				
1	91.4	0.3	8.3	100.0
2	83.7	0.3	16.0	100.0
3	77.5	0.9	21.6	100.0
4 y más	71.5	0.0	28.5	100.0
Total	82.2	0.4	17.4	100.0
7 años y +				
1	97.2	0.1	2.7	100.0
2	94.6	0.0	5.4	100.0
3	93.6	0.0	6.4	100.0
4 y más	89.3	0.6	10.1	100.0
Total	95.1	0.1	4.8	100.0

FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.16

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN PRENATAL POR NÚMERO DE HIJOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NÚMERO DE HIJOS ESCOLARIDAD	ATENCIÓN PRENATAL			TOTAL
	Médico	Otros	Nadie	
0 a 3 años				
1	85.7	8.2	6.1	100.0
2	77.7	13.9	8.5	100.0
3	64.9	17.1	18.0	100.0
4 y más	55.3	23.0	21.7	100.0
Total	64.7	18.5	16.8	100.0
4 a 6 años				
1	85.9	6.7	7.4	100.0
2	83.0	7.3	9.7	100.0
3	83.6	12.6	3.9	100.0
4 y más	81.3	9.9	8.9	100.0
Total	83.2	9.3	7.5	100.0
7 años y +				
1	95.4	1.2	3.4	100.0
2	98.3	0.5	1.2	100.0
3	97.3	1.4	1.3	100.0
4 y más	87.6	1.4	11.0	100.0
Total	95.8	1.0	3.2	100.0

FUENTE: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

7.5.2. Inmunización contra el tétano

Si bien los cuidados prenatales pueden disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la madre y el hijo, las condiciones en que se produce el alumbramiento son fundamentales para garantizar su salud; lo ideal es que el parto sea atendido en condiciones médicas óptimas, lo que significa que la mujer reciba atención del personal médico idóneo, en instituciones de salud debidamente equipadas y en condiciones higiénicas adecuadas; sin embargo, hay un número importante de mujeres a las cuales se les atiende durante el parto en una casa en condiciones higiénicas poco satisfactorias sobre todo en áreas rurales; es por ello que se hace necesario inmunizar contra el tétano a las madres en el período de gestación. Las vacunas de toxoide tetánico pueden prevenir las infecciones y salvar las vidas tanto de las madres como de sus recién nacidos.

La administración de la vacuna antitetánica se recomienda hacerla durante el tercer trimestre del embarazo, pues se ha demostrado que contribuye a reducir las tasas de tétanos puerperal y neonatal, y a disminuir en un tercio las tasas de mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo (Glezen, 1999). Debido a que la enfermedad es prevenible y se cuenta con los medios de hacerlo UNICEF ha desarrollado una campaña tendiente a dar una cobertura universal entre las mujeres embarazadas. A pesar del esfuerzo realizado, aún se aprecian diferencias en la cobertura entre las mujeres en este aspecto.

La dosis que la mujer debe recibir depende de la situación de inmunidad que tenga, si no hay conocimiento de que la embarazada completó la serie primaria, debe de administrarse como mínimo dos dosis, separadas entre 4 y 8 semanas, procurando que la administración de la segunda dosis se realice en el intervalo mencionado anteriormente. Al finalizar el embarazo se completará la serie de vacunación para asegurar una protección duradera.

La información sobre la aplicación de la vacuna antitetánica, sólo se obtuvo en la encuesta de Colombia y por tanto los datos se restringen a este país. En el cuadro No. 7.17, se muestra el porcentaje de mujeres colombianas según si han recibido o no vacuna antitetánica durante el embarazo de su hijo más reciente, entre aquellas que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990. Es claro observar en este cuadro que las mujeres más viejas en menor porcentaje se han vacunado y según el nivel de escolaridad, son las mujeres menos escolarizadas las que menos recibieron esta protección. Cuando se pregunta por el número de veces que se han vacunado, en su

mayoría lo han hecho dos veces, en casi todos los grupos de edad y entre los distintos niveles de escolaridad. Si bien hay diferencias entre los distintos grupos de edad, son las mujeres de mayor edad y las de menor escolaridad las que o no recibieron esta inmunización o sólo una dosis.

Cuadro No. 7.17

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN SI RECIBIÓ VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	NO	SI
15-19	18.3	81.7
20-24	15.5	84.5
25-29	20.2	79.8
30-34	19.5	80.5
35-39	21.8	78.2
40-44	27.4	72.6
45-49	31.0	69.0
Total	19.5	80.5

Fuente: ENDS-95. Cálculos propios

Cuadro No. 7.18

COLOMBIA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN SI RECIBIÓ VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NO	SI
0 a 3 años	20.4	79.6
4 a 6 años	22.3	77.7
7 años y +	17.8	82.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.19

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN EL NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ VACUNA ANTITETÁNICA DURANTE EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	1 VEZ	2 VECES	3 Y + VECES	NINGUNA VEZ
15-19	19.3	51.0	0.1	18.3
20-24	20.9	54.5	0.1	15.5
25-29	19.1	54.1	0.1	20.2
30-34	21.0	50.1	0.1	19.5
35-39	25.8	44.9	0.1	21.8
40-44	19.9	45.1	0.1	27.4
45-49	22.4	36.2	0.1	31.0
Total	20.8	51.4	0.1	19.5

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.20

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGUN EL NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ VACUNA ANTITETÁNICA EN EL EMBARAZO MÁS RECIENTE, SEGÚN ESCOLARIDAD.

GRUPOS DE EDAD	1 VEZ	2 VECES	3 + VECES	NINGUNA VEZ
0 a 3 años	21.9	50.5	7.1	20.5
4 a 6 años	20.0	49.5	8.2	22.3
7 años y +	20.8	52.6	8.7	17.9

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

7.5.3. Atención durante el parto.

La calidad de la atención que las mujeres reciban durante el parto, se puede estimar a través de dos variables: la primera se refiere a la persona que atiende el parto y la segunda, al lugar donde se atiende y éstas definen en gran medida el menor o mayor riesgo para la salud y la sobrevivencia de la madre y el hijo durante este evento.

La persona más indicada para asistir durante un parto es un profesional de la salud con capacitación para atender el parto, bien sea el médico, la enfermera o la partera, ya que tienen los conocimientos para diagnosticar y tratar complicaciones durante el parto, así como asistir adecuadamente los partos normales.

La atención especializada durante el parto es fundamental tanto para el recién nacido como para su madre. Una atención obstétrica adecuada garantiza que el nacimiento no sea traumático y reduce las probabilidades de mortalidad y morbilidad por asfixia durante el parto; al mismo tiempo, una estricta asepsia y el debido cuidado del cordón umbilical reducen el riesgo de infecciones. Con la preparación necesaria, se puede reanimar a un niño incapaz de respirar al nacer y manejar complicaciones imprevisibles de la madre y el recién nacido o remitirlos a los servicios pertinentes (OMS, 2005).

Recibieron atención médica en el parto por un médico el 81.1 por ciento de las mujeres colombianas y 86.9 de mujeres mexicanas. En el caso de México la posibilidad de desagregar la información de tal manera que se distinguiera entre una enfermera general y una partera o comadrona permitió una mejor clasificación ya que en el caso de Colombia, la atención prestada por esta última quedó englobada en la categoría de “otros”. Un hecho que no debe pasar desapercibido es el porcentaje de mujeres que en Colombia declaran que la atención la recibieron de un familiar y que representa casi el 6 por ciento, mientras en México no llega al uno por ciento.

El nivel de escolaridad está claramente asociado con el tipo de atención al parto y la situación mencionada en el párrafo anterior, llega al extremo entre las mujeres que no tienen más de tres años de escolaridad ya que el 14 por ciento fue atendida por un familiar.

Cuadro No. 7.21

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO DEL NACIDO VIVO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					TOTAL
	Médico	Enfermera	Nadie	Familiar	Otros	
15-19	79.4	10.3	0.0	5.2	5.1	100.0
20-24	80.1	6.0	0.6	6.6	6.7	100.0
25-29	83.9	6.6	0.1	4.4	5.0	100.0
30-34	83.7	5.2	0.4	4.5	6.2	100.0
35-39	78.5	7.9	0.5	6.4	6.7	100.0
40-44	72.5	8.5	0.0	9.5	9.5	100.0
45-49	68.0	10.0	0.0	12.0	10.0	100.0
Total	81.1	6.7	0.3	5.7	6.2	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.22

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO, POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO						TOTAL
	Médico	Enfermera	Partera	Pariente o familiar	Nadie	Otro	
15-19	85.9	0.9	10.6	1.7	0.8	0.0	100.0
20-24	88.7	1.2	8.7	0.9	0.2	0.0	100.0
25-29	89.2	0.7	8.9	0.8	0.3	0.0	100.0
30-34	89.7	0.3	8.5	0.9	0.4	0.1	100.0
35-39	80.0	6.9	11.3	0.9	0.6	0.3	100.0
40-44	78.0	0.9	18.3	1.4	0.8	0.6	100.0
45-49	62.3	1.6	33.8	1.5	0.4	0.4	100.0
Total	86.9	1.5	10.0	0.9	0.4	0.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 7.23

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					TOTAL
	Médico	Enfermera	Nadie	Familiar	Otros	
0 a 3 años	55.7	13.2	0.2	14.0	16.8	100.0
4 a 6 años	79.1	7.1	0.4	6.6	6.9	100.0
7 años y más	93.7	3.7	0.3	1.4	0.9	100.0
Total	81.1	6.7	0.3	5.7	6.2	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.24

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO						TOTAL
	Médico	Enfermera	Partera	Familiar	Nadie	Otro	
0 a 3 años	63.9	1.0	30.1	3.1	1.5	0.4	100.0
4 a 6 años	82.3	3.4	12.8	0.7	0.4	0.4	100.0
7 años y más	97.3	0.5	1.7	0.4	0.0	0.1	100.0
Total	86.9	1.5	10.0	0.9	0.4	0.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

El lugar de atención del parto es un buen indicador de las condiciones de salud de la mujer asociadas al acceso que tiene a los servicios médicos. La utilización de los servicios de salud para la atención del parto es una práctica cada vez más generalizada; pues alrededor de 9 de cada diez mujeres recibieron atención durante su parto más reciente ya sea en instituciones de salud públicas o privadas. Sin embargo, aún se observa un porcentaje significativo que recibe atención en su propia casa o en casa de la partera, que en el caso de México se incrementa con la edad de las

generaciones y llega a ser especialmente importante entre las mujeres mayores de cuarenta años. En el caso de Colombia no se aprecia este efecto generacional.

Las mujeres de mayor edad son las que más dan a luz en su casa, y esto llama la atención por cuanto son las que enfrentan más elevados riesgos tanto de mortalidad materna como de mortalidad del hijo. Vale la pena resaltar que las mujeres más jóvenes son quienes en mayor porcentaje utilizan los servicios de salud tanto públicos como privados para recibir atención durante el parto.

Cuadro No. 7.25

**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO
AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LUGAR
DONDE SE ATENDIÓ EL PARTO POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	SERVICIOS DEL GOBIERNO	SECTOR PRIVADO	CASA*	OTROS
15-19	77.9	13.8	7.3	1.0
20-24	70.8	17.2	10.3	1.8
25-29	63.2	20.8	11.8	4.3
30-34	57.4	21.0	15.5	6.0
35-39	57.5	21.4	15.4	5.8
40-44	67.1	12.4	12.4	8.0
45-49	64.3	14.3	8.9	12.5
Total	64.7	18.9	12.2	4.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

*Instituciones de gobierno, incluye: Hospital del gobierno, Centro/puesto de salud, Seguro Social, Cajas de Previsión, Cajas de Compensación y otros gobierno. Instituciones privadas incluye: Profamilia, Hospital/clinica privada, médico particular, clínica móvil, otros.

* El parto fue atendido en la casa de la partera o en la casa de la mujer

Cuadro No. 7.26

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGUN EL LUGAR DONDE ATENDIERON EL PARTO DEL HIJO MÁS RECIENTE, POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	INSTITUCIONES DE GOBIERNO	INSTITUCIONES PRIVADAS	CASA **	OTROS	TOTAL
15-19	72.8	12.4	14.2	0.6	100.0
20-24	72.7	15.3	10.1	1.9	100.0
25-29	69.1	20.1	10.4	0.4	100.0
30-34	66.5	22.8	10.5	0.2	100.0
35-39	61.3	23.2	15.5	0.0	100.0
40-44	68.2	10.8	21.0	0.0	100.0
45-49	53.2	9.4	37.4	0.0	100.0
Total	68.5	18.7	12.2	0.6	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

* Incluye casa de la partera y casa de la mujer

** Incluye IMMs, SS, ISSTE y otras Instituciones de Gobierno

Cuadro No. 7.27

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN LUGAR DONDE SE ATENDIÓ EL PARTO DEL HIJO MÁS RECIENTE POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	INSTITUCIONES DE GOBIERNO	INSTITUCIONES PRIVADAS	CASA*	OTROS
0 a 3 años	62.1	10.7	23.3	3.9
4 a 6 años	63.3	19.8	12.3	4.6
7 años y más	67.1	16.9	11.8	4.2
Total	64.7	18.9	12.2	4.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

*Instituciones de gobierno, incluye: Hospital del gobierno, Centro/puesto de salud, Seguro Social, Cajas de Previsión, Cajas de Compensación y otros gobierno. Instituciones privadas incluye:

Profamilia, Hospital/clínica privada, médico particular, clínica móvil, otros.

* El parto fue atendido en la casa de la partera o en la casa de la mujer

Cuadro No. 7.28

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO A PARTIR DE 1990, SEGÚN EL LUGAR DONDE ATENDIERON EL PARTO DEL HIJO MÁS RECIENTE, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	INSTITUCIONES DE GOBIERNO	INSTITUCIONES PRIVADAS	CASA*	OTROS	TOTAL
0 a 3 años	51.3	11.2	36.6	0.9	100.0
4 a 6 años	65.2	19.2	14.8	0.8	100.0
7 años y más	76.2	21.0	2.6	0.2	100.0
Total	68.5	18.7	12.2	0.5	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

*Instituciones de gobierno, incluye: Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaria de salud, Instituto de los trabajadores del estado, DIF y otras instituciones de gobierno.

Cuando se hace el análisis en relación con la educación de las mujeres, las diferencias que reflejan el acceso limitado a los servicios de salud entre las mujeres más pobres aparecen claramente. Como era de esperarse, son las mujeres menos escolarizadas las que se atienden menos en los servicios institucionales de salud; por el contrario, las mujeres más escolarizadas reciben atención durante el parto en instituciones de salud tanto del Estado como hospitales y clínicas privadas, lo que pone en evidencia que la educación es un factor importante relacionado con la atención que recibe la mujer al momento de tener a su hijo, lo que en última instancia refleja el acceso a los servicios de salud según condiciones socioeconómicas y cuando estas son precarias, las mujeres son atendidas en su propia casa, situación que en México alcanza al 36 por ciento de las mujeres en el más bajo nivel de escolaridad, en contraste con la posibilidad de pagar el servicio privado por parte de las mujeres más escolarizadas. Vale la pena destacar que los menores porcentajes de atención en la casa son en Colombia en relación con el caso de México, muy probablemente se expliquen por la incidencia que tiene la prestación de servicios de salud de entidades como PROFAMILIA (considerada una institución privada), especialmente entre los sectores más pobres.

7.6. Estimación de la mortalidad infantil en México y Colombia, según los datos de las encuestas

La primera aproximación analítica a partir de los datos de las encuestas de fecundidad aquí utilizadas, ha sido la estimación de tasas de mortalidad infantil según edad de la madre al nacimiento del hijo, con la intención de constatar la existencia de un riesgo diferencial de muerte en el primer año de vida de los niños según la edad y la escolaridad de las mujeres al nacimiento de sus hijos.

Le investigación empírica ha mostrado que es posible esperar que el valor de las tasas de mortalidad y las probabilidades de muerte de los hijos siga una forma de U, de tal manera que entre las adolescentes y las mujeres de mayor edad se presentan los mayores riesgos de muerte. Sin embargo, en el caso de Colombia, no aparecen diferencias significativas según edad de la madre, y los hijos de mujeres entre 20 y 24 años tienen las más elevadas tasas de mortalidad. En México aparece el patrón esperado, ya que claramente los hijos de madres menores de 20 años y aquellas con treinta y más años presentan tasas muy superiores a las madres en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años.

Sin embargo, antes de intentar alguna explicación de estos resultados, debemos tomar en cuenta que al ser la mortalidad infantil un “evento raro”, en términos estadísticos, el tamaño de muestra de las encuestas de fecundidad con las que se ha generado este indicador hace que la tasa de mortalidad infantil sea muy sensitiva a la ocurrencia de un evento de esta naturaleza, por lo que habrá que interpretar con precaución estos datos. De cualquier manera los resultados son plausibles y coherentes con los provenientes de otro tipo de estimaciones.

En la búsqueda de una posible relación entre la mortalidad infantil y la fecundidad, y a partir de la información disponible se decidió observar diversos efectos, entre ellos el efecto reemplazo, el efecto sobre la amplitud del primer intervalo intergenésico y el efecto sobre la fecundidad acumulada.

Cuadro No. 7.29

COLOMBIA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y PROBABILIDADES DE MUERTE, PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL HIJO.

GRUPOS DE EDAD	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL	PROBABILIDADES DE MUERTE
Menos de 20	0.0264	0.0245
20 a 24	0.0346	0.0318
25 a 29	0.0223	0.0208
30 a 34	0.0295	0.0273
35 y más	0.0261	0.0242
Total	0.0284	0.0263

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.30

MÉXICO: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y PROBABILIDADES DE MUERTE, PARA LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL HIJO.

GRUPOS DE EDAD	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL	PROBABILIDADES DE MUERTE
Menos de 20	0.0443	0.0404
20 a 24	0.0193	0.0181
25 a 29	0.0198	0.0185
30 a 34	0.0606	0.0543
35 y más	0.0547	0.0493
Total	0.0344	0.0316

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

7.7. El efecto reemplazo y las probabilidades de crecimiento de las familias

Como se mostró previamente, una de las formas de percibir el probable efecto del fallecimiento de un hijo sobre la fecundidad se puede percibir a través de los valores de las denominadas probabilidades de crecimiento de las familias, en la medida en que la trayectoria reproductiva concretada en el paso de la paridez n a la paridez $n+1$, sea diferencial según la

experiencia de la muerte del hijo en el primer año de vida. Los datos de las historias de nacimientos de las encuestas analizadas permitieron clasificar a las mujeres que han tenido al menos un hijo según el estatus de sobrevivencia del primer hijo en su primer año y estimar las probabilidades de crecimiento de sus familias. Los resultados son muy sugerentes.

El análisis se ha restringido a mujeres alguna vez unidas de 35 o más años de edad porque a esta edad, en una gran proporción ya ha completado su fecundidad total y pocas son las que todavía tienen hijos. La probabilidad de pasar del primero al segundo hijo, cuando el primer hijo nacido vivo ha fallecido antes de cumplir el primer año de edad, es sensiblemente mayor que cuando el hijo sobrevive; este comportamiento se da en todos los grupos de edad analizados y también en los dos países, incluso en el caso de todas las probabilidades.

Cuando la observación de este efecto reemplazo incorpora el nivel de escolaridad de la madre, los datos muestran que independientemente del nivel de escolaridad, la probabilidades de crecimiento de las familias son superiores para las mujeres cuyo primer hijo falleció durante su primer año de vida. En el análisis según nivel de escolaridad, el universo se ha restringido a las mujeres de 40 o más años de edad, ya que son pocas las mujeres de 35 a 39 años que tienen menos de 3 años de escolaridad.

Los resultados son sólo una muestra de este efecto reemplazo que vale la pena estudiar en futuras investigaciones con nuevos datos, con los que se pueda probar o rechazar esta relación en las condiciones actuales de baja fecundidad y en la cual aún existen diferencias importantes en la fecundidad entre los grupos sociales, porque como puede verse según nivel de escolaridad, la disminución de la mortalidad infantil y el incremento de la escolaridad de las mujeres, pueden producir una disminución de la fecundidad entre aquellos grupos que todavía mantienen una elevada fecundidad, como estrategia ante los elevados riesgos de muerte de los hijos.

Cuadro No. 7.31

**MÉXICO Y COLOMBIA: PROBABILIDADES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS
DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, CON AL MENOS UN HIJO SEGÚN
ESTATUS DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO.**

GRUPOS DE EDAD PAIS	SOBREVIVENCIA DEL HIJO	PROBABILIDADES		
		P12	P23	P34
México				
35-39	Con hijo fallecido	0.997	0.976	0.917
	Sin hijo fallecido	0.952	0.857	0.678
40-44	Con hijo fallecido	0.985	0.984	0.928
	Sin hijo fallecido	0.946	0.861	0.720
45-49	Con hijo fallecido	0.998	0.989	0.929
	Sin hijo fallecido	0.946	0.944	0.851
Colombia				
35-39	Con hijo fallecido	0.886	0.872	0.853
	Sin hijo fallecido	0.861	0.706	0.582
40-44	Con hijo fallecido	0.957	0.953	0.833
	Sin hijo fallecido	0.914	0.760	0.645
45-49	Con hijo fallecido	0.962	0.940	0.851
	Sin hijo fallecido	0.913	0.824	0.721

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

Cuadro No. 7.32

COLOMBIA: PROBABILIDADES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, CON AL MENOS UN HIJO SEGÚN ESTATUS DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD GRUPOS DE EDAD	SOBREVIVENCIA DEL HIJO	PROBABILIDADES		
		P12	P23	P34
40-44				
0 a 3 años	Con hijo fallecido	0.963	0.960	0.880
	Sin hijo fallecido	0.955	0.882	0.830
4 a 6 años	Con hijo fallecido	0.933	0.857	0.834
	Sin hijo fallecido	0.899	0.802	0.668
7 y más	Con hijo fallecido	0.900	0.889	0.625
	Sin hijo fallecido	0.896	0.585	0.505
45 - 49				
0 a 3 años	Con hijo fallecido	0.969	0.968	0.967
	Sin hijo fallecido	0.956	0.905	0.866
4 a 6 años	Con hijo fallecido	0.929	0.923	0.833
	Sin hijo fallecido	0.787	0.647	0.515
7 y más	Con hijo fallecido	0.857	0.833	0.600
	Sin hijo fallecido	0.878	0.703	0.549

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7.33

MÉXICO: PROBABILIDADES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, CON AL MENOS UN HIJO SEGÚN ESTATUS DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD GRUPOS DE EDAD	SOBREVIVENCIA DEL HIJO	PROBABILIDADES		
		P12	P23	P34
40-44				
0 a 3 años	Con hijo fallecido	0.975	0.981	0.991
	Sin hijo fallecido	0.974	0.911	0.924
4 a 6 años	Con hijo fallecido	0.997	0.993	0.826
	Sin hijo fallecido	0.939	0.865	0.650
7 y más	Con hijo fallecido	0.998	0.974	0.767
	Sin hijo fallecido	0.901	0.735	0.343
45 - 49				
0 a 3 años	Con hijo fallecido	0.996	0.996	0.969
	Sin hijo fallecido	0.992	0.959	0.963
4 a 6 años	Con hijo fallecido	0.995	0.994	0.881
	Sin hijo fallecido	0.884	0.944	0.738
7 y más	Con hijo fallecido	0.997	0.996	0.869
	Sin hijo fallecido	0.941	0.899	0.727

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

7.8. La mortalidad infantil y el intervalo intergenésico

A continuación se explora la posible asociación entre la mortalidad infantil y el intervalo genésico. Esta relación es clara en los dos países y como era de esperar, el fallecimiento de un hijo durante su primer año de vida, da como resultado un acortamiento del primer intervalo intergenésico.

La duración del intervalo entre el nacimiento del primero y el segundo hijo es menor cuando el hijo ha fallecido, esta situación es similar en los dos países; si bien la duración media del intervalo es mayor en Colombia que en México, claramente se observa que el hecho de que el hijo haya fallecido reduce el periodo intergenésico, lo que estaría confirmando el efecto de la mortalidad infantil sobre la duración de este período. En el caso de México la sobrevivencia del primer hijo incrementa en más de diez meses la duración del primer intervalo intergenésico y para Colombia este incremento es de poco más de ocho meses.

Cuadro No. 7. 34

**DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENÉSICO ENTRE EL PRIMERO
Y SEGUNDO NACIMIENTO, SEGÚN CONDICIÓN DE
SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO NACIDO VIVO**

SOBREVIVENCIA DEL HIJO	MEDIA	MEDIANA
México		
Murió antes de 1 año	22.2	18.0
Vivo	33.3	27.0
Total	31.9	26.0
Colombia		
Murió antes de 1 año	28.1	22.0
Vivo	36.5	28.0
Total	36.1	27.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

Independientemente de que este efecto se origine en la reducción del amamantamiento de los hijos o en el uso de anticonceptivos, parece evidente que la mayor sobrevivencia de los hijos

tiene un efecto sobre la amplitud de los intervalos intergenésicos, cuyo efecto final puede ser la reducción de la fecundidad total.

Si bien estos datos muestran el efecto en un solo sentido, es posible suponer que un mayor espaciamiento de los hijos tenga a su vez un efecto positivo sobre su sobrevivencia, en la medida en que un mayor tiempo de espera entre embarazos sucesivos permite tanto una mejor recuperación de las condiciones físicas de la madre como un mejor cuidado de los hijos.

Cuadro No. 7.35

MÉXICO Y COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENÉSICO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NACIMIENTO SEGÚN ESTATUS DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO

SOBREVIVENCIA DEL HIJO	DURACIÓN EN MESES DEL INTERVALO					DURACIÓN MEDIA
	7 a 17	18 a 23	24 a 35	36 a 47	48 y +	
México						
murió menos de un año	49.1	20.9	17.6	4.8	7.6	22.2
Vivo	22.7	18.6	26.8	13.8	18.0	33.3
Total	23.9	18.9	26.4	13.3	17.5	31.9
Colombia						
murió menos de un año	36.2	19.8	19.7	11.1	13.2	28.1
Vivo	23.1	17.6	23.1	12.8	23.4	36.5
Total	23.6	17.7	23.1	12.8	22.8	36.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y ENDS-95.

7.9. Mortalidad infantil y fecundidad acumulada.

Es posible observar finalmente el efecto que tiene la muerte del primer hijo sobre la fecundidad acumulada. El análisis se ha hecho para las mujeres en unión conyugal, para evitar un posible efecto de la interrupción de las uniones sobre la fecundidad. Los resultados muestran sin excepción que las mujeres cuyo primogénito murió antes de cumplir un año tienen un promedio de

hijos claramente superior a las mujeres que no enfrentaron este evento y esto sucede en todos los grupos de edad para las mujeres unidas.

Cuadro No. 7. 36

COLOMBIA: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO	
	Murió menos de un año	Vivo
15-19	2.0	2.0
20-24	2.7	1.7
25-29	3.0	2.2
30-34	4.3	2.7
35-39	4.6	3.3
40-44	5.2	3.9
45-49	5.9	4.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 7. 37

MÉXICO: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	SOBREVIVENCIA DEL PRIMER HIJO	
	Murió menos de un año	Vivo
15-19	1.6	1.3
20-24	3.9	1.7
25-29	3.4	2.3
30-34	4.6	3.2
35-39	6.4	4.2
40-44	6.9	4.9
45-49	7.2	6.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

CAPÍTULO 8: EDUCACIÓN Y TAMAÑO DE FAMILIA DESEADO

8.1. Antecedentes

El objetivo de este capítulo es analizar la relación entre las preferencias reproductivas, es decir, el tamaño ideal de familia, el número total de hijos deseado y/o el deseo de tener (más) hijos con la escolaridad de la mujer. Con la información disponible en las encuestas en que se basa este texto, se pretenden conocer las intenciones reproductivas de las mujeres en los dos contextos nacionales objeto de interés en este estudio, e identificar algunos factores que podrían estar asociados a la conformación de estas intenciones.

Es posible suponer que la valoración de los hijos y las actitudes de las mujeres frente a la maternidad, se encuentran relacionadas con sus características individuales; entre otras características, con su nivel de escolaridad y por tanto, permiten generar elementos para entender las motivaciones para tener un cierto número de hijos en Colombia y México.

Debe recordarse que en el marco de interpretación aquí utilizado, el deseo de tener (más) hijos refleja los factores de demanda para explicar los niveles de fecundidad y sus diferencias entre grupos poblacionales y que la manera de hacer operativo este concepto, es precisamente a través de las respuestas a las preguntas que se hacen a las mujeres sobre los hijos que desean tener, el momento para tenerlos o las preferencias respecto al sexo de los hijos.

Se ha optado por realizar este análisis en la medida en que “la evidencia empírica sugiere que la demanda de hijos representada por el deseo por un tamaño de familia es un concepto preciso en muchas poblaciones de los países en desarrollo” (Lee y Bulatao, 1983, p. 235) y contribuye a explicar las diferencias en la fecundidad entre grupos de la población. Ahora bien, como los mismos autores citados lo mencionan, el uso de este concepto desde una perspectiva sociológica es distinto de aquel que se define y hace operativo en un modelo económico, en el cual se pretende encontrar el equilibrio entre oferta y demanda de hijos, considerando las decisiones sobre fecundidad como el resultado de un proceso de decisiones económicas condicionadas, que se ejemplifica con el modelo microeconómico de Easterlin (1978), en el cual desde el punto de vista económico, la demanda de hijos puede ser explicada a través de una teoría de la elección del consumidor, en donde intervienen el costo y la satisfacción marginal que se deriva del acceso o adquisición de un producto determinado (un hijo), mientras que en este texto, el deseo de tener (más) hijos resume una serie de cambios ideacionales que se producen en

los individuos, en este caso las mujeres, como resultado de múltiples procesos, no sólo aquellos que tiene que ver con lo económico y entre los cuales sobresale la incorporación a determinado nivel de escolaridad y que transforman los roles de las mujeres.

Como lo resume Pullum (1983), la demanda de hijos puede ser medida de diversas formas y a través de información que se capta con diferentes preguntas y refleja un ideal generalizado en el caso de preguntar por ejemplo ¿cuál cree que sea el número ideal de hijos para una mujer de este país?; o la proyección de un ideal que permite estimar los cambios entre las generaciones, al indagar por ejemplo ¿cuál sería el número ideal de hijos que desearía que tuvieran sus hijas?; o finalmente; como un ideal personal, al preguntar específicamente sobre el número de hijos que una mujer desearía tener y que puede cambiar a lo largo de su vida.

De la revisión bibliográfica sobre este tema, se desprende que la atención prestada a lo que se ha denominado “intenciones reproductivas”, “ideales de fecundidad” o “preferencias sobre el tamaño de la familia” ha sido una constante en el análisis sociológico de la fecundidad y en especial en su relación con el nivel de escolaridad de la población femenina, como lo muestran los trabajos desarrollados desde los años sesenta, o incluso antes, uno de cuyos primeros ejemplos puede ser el de Judith Blake (1967), quien se plantea que una forma de comprender las diferencias de fecundidad según escolaridad, es a través de las diferencias en el número de hijos que cada grupo considera deseable. Al observar con los datos de encuestas aplicadas en los Estados Unidos, durante un periodo de casi veinte años, de 1943 a 1960, la evolución en el número de hijos deseados, esta autora concluye que: “Una política de población genuinamente efectiva si pretende resolver el problema dual de dar a los niños una mejor vida y disminuir al crecimiento de la población, tendrá que interesarse no meramente en los métodos contraceptivos sino en las metas e ideales respecto al tamaño de la familia,” (Blake, 1967, p. 174).

Puede decirse que en la etapa de descenso acelerado de la fecundidad, en Colombia y México, alrededor de los años setenta y ochenta, el interés analítico por estudiar los ideales de fecundidad disminuyó en la medida en que aumentó la investigación de los factores asociados al uso de los anticonceptivos. Este tema vuelve a tomar recientemente un lugar importante en la investigación sociológica de la fecundidad, cuando parece que en un gran número de países la caída de la fecundidad se detuvo o cuando menos disminuyó y se asocia esta situación al papel que juegan las preferencias reproductivas (Pritchett, 1994).

Uno de los ejemplos más recientes del interés por relacionar escolaridad e ideales de fecundidad como argumento central para explicar el descenso de la fecundidad en los países en desarrollo, es el de Bongaarts (2003) al que se hace referencia más adelante.

En el análisis de los ideales de fecundidad, asociado a los objetivos de cada investigación se ha generado determinado tipo de información y se ha utilizado la metodología que se considera adecuada para cumplir con estos objetivos. De esta manera, en la época en que la fecundidad total era muy elevada y el uso de anticonceptivos sólo era practicado por reducidas proporciones de mujeres, los hallazgos de las encuestas comparativas de fecundidad en la región latinoamericana hicieron ya evidente que porcentajes importantes de la población investigada consideraban que una familia ideal era aquella que tenía pocos hijos y que esto se consideraba ventajoso, tanto para la pareja conyugal como para la sociedad en su conjunto, porque a nivel familiar “se puede prestar mayor atención a los hijos” y para la sociedad “menos hijos representan menores tasas de crecimiento”. Más específicamente, las investigaciones mostraban que para muchas mujeres el número ideal de hijos deseados era menor que el total de hijos que tenían, por lo que se podía inferir la existencia de una demanda latente por métodos de limitación de la fecundidad que justificaba la creación de programas dedicados a proveer de anticonceptivos a una población que deseaba controlar su fecundidad (CFSC, 1972).

Es probable que al suponer que ya se tenía un conocimiento suficiente de las razones de las mujeres para optar por una familia grande o pequeña y que por tanto no parecía haber necesidad de indagar más sobre ella, las encuestas de Colombia y México realizadas en los años setenta, que formaron parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad dedicaron sólo algunas preguntas para conocer el deseo de tener hijos y su número ideal, como parte del módulo de regulación de la fecundidad. Esta información sirvió sin embargo, como insumo fundamental de una serie de análisis comparativos entre países para reafirmar la idea de que las actitudes de la población mostraban un deseo por determinado número de hijos claramente diferencial, según algunas características socioeconómicas (United Nations, 1981; Lightbourne y MacDonald, 1982).

A través de las encuestas de Demografía y Salud realizadas a partir de los años 80, en un amplio número de países, se generó mayor información sobre ideales de fecundidad, lo que sirvió para analizar la situación prevaleciente en diversos contextos sociales, a partir del concepto de “demanda insatisfecha” de anticonceptivos; es decir, aquella demanda que se deriva

del hecho de que la población a pesar de ya no querer (más) hijos no limita su fecundidad porque no tiene acceso a la anticoncepción. Con estos datos, se intentan fundamentar acciones para hacer accesibles los anticonceptivos a los grupos que, a pesar del incremento que a nivel general se había producido en el uso de estos métodos, aún no podían obtener los anticonceptivos eficientes que hicieran factible que cada vez mayor número de mujeres tuviera sólo los hijos que deseaban tener.

Una vez que se inició el descenso de la fecundidad en los países en desarrollo, el análisis de las preferencias sobre el número de hijos despertó mayor interés, porque junto con la evolución de las diferencias en la fecundidad se observaron cambios en el deseo de tener determinado número de hijos, en forma tal que las diferencias en lo que se denominó “fecundidad no deseada” explicarían la mayor parte de las diferencias en el número total de hijos entre los grupos socioeconómicos.

Este hecho tiene profundas implicaciones, porque los datos sugieren que las diferencias observables en la fecundidad ligadas con el nivel de escolaridad de la población, pueden entenderse mejor si se analiza el número total de hijos en sus dos componentes: fecundidad deseada y fecundidad no deseada. Esta estrategia de análisis ha llevado a que autores como Bongaarts a partir de esta relación, estimen que conforme la transición avanza, las diferencias en la fecundidad deseada tienden a declinar, es decir cada vez hay mayor coincidencia alrededor de un número ideal de hijos, mientras que las diferencias en la fecundidad no deseada tienden a incrementarse y como se presume que ésta se encuentra asociada a la escolaridad de la mujer, “la composición educativa de la población constituye un predictor clave de la fecundidad en los países de transición tardía y bajos niveles de escolaridad pueden ser una causa de que el descenso de la fecundidad se detenga” (Bongaarts, 2003).

Como ya se mencionó, se considera que el estudio del tamaño ideal de familia es importante para determinar en qué medida las intenciones reproductivas afectan el nivel actual y la evolución de la fecundidad a través del control de la misma. Por lo tanto, el conocimiento de las preferencias reproductivas, permite hacer referencia a una serie de hechos importantes que forman parte del proceso de conformación de la familia; pero además, el análisis de estas actitudes y aspiraciones de las mujeres respecto a su fecundidad, adquiere importancia en las investigaciones recientes por estar relacionado con el comportamiento futuro de la fecundidad en la sociedad en su conjunto y entre los grupos sociales que la conforman.

El énfasis de muchos de los estudios revisados, que fueron realizados en la época en la que apenas se iniciaba el uso generalizado de los anticonceptivos, muestra que el interés estuvo puesto en el deseo y preferencia del tamaño de familia como una variable sustituta de lo que sería la fecundidad final, o del tamaño de familia que se alcanzaría al final del periodo reproductivo, porque se suponía, como aún se hace, que la información sobre las preferencias reproductivas, cuando se tiene acceso a métodos de control voluntario sobre el número de hijos que se desea tener sirve para pronosticar la evolución de la fecundidad. Un análisis que representa muy bien esta posición es el de Coombs (1974). Incluso trabajos previos como el de Westoff, Potter y Sagi (1963) sirvieron para mostrar que el análisis del tamaño ideal de familia (en este caso aplicado a la sociedad de los Estados Unidos) permitía comprender las actitudes de la mujer hacia el control de la fecundidad, el uso eficiente de los métodos para lograrlo y el número de hijos que se tendrían en el futuro, lo que llevó precisamente a titular este libro ya clásico en la literatura demográfica como: “El tercer hijo. Un estudio en la predicción de la fecundidad”.

La revisión de la literatura también permite observar la evolución del concepto de “fecundidad ideal” y de su propia medición, a través del manejo de la información sobre preferencia en cuanto al número de hijos, incluyendo a) el tamaño ideal de familia al inicio del periodo reproductivo, b) el tamaño de familia deseado en diferentes etapas de la vida de la mujer, c) las intenciones respecto al momento de tener a los hijos, d) la preferencia por el sexo de los hijos, y e) las expectativas de llegar a tener un cierto número total de hijos a determinada edad.

En la práctica, las encuestas han incluido una amplia variedad de preguntas redactadas para medir este concepto y los textos dedicados a la reflexión teórica y los análisis empíricos, implícita o explícitamente hacen referencia a los supuestos acerca de la naturaleza de las decisiones reproductivas en el proceso de conformación de la familia. En algunos casos, se asume que las decisiones individuales responden a las normas y valores de la sociedad y por tanto la persona las procesa de acuerdo con sus características, como el nivel de escolaridad. Con esta visión, la decisión individual de tener cierto número de hijos sólo se explica como una respuesta a las normas y valores sociales alrededor de la maternidad o el papel de la familia. Cuando el énfasis está puesto en investigar los orígenes de la decisión individual, cuidadosamente se pesan los costos y beneficios de la decisión reproductiva y la satisfacción

personal en términos económicos se identifica como el factor que está en el origen de las preferencias reproductivas (Lightbourne y MacDonald, 1982). Respecto a la forma de captar la información que permite conocer los ideales de fecundidad, la revisión bibliográfica muestra que muchas controversias y dificultades del análisis y especialmente del análisis comparativo, se incrementan en función del concepto que se use para medir las preferencias sobre el tamaño de familia, especialmente en países en desarrollo. La confiabilidad y la validez de las medidas que se obtienen de las preguntas han sido analizadas con mucha atención por estudiosos del tema como Knodel y Prachuabmoh (1973) Bushan y Hill (1995); Ascadi y Ascadi (1990); Van de Walle (1992); Bongaarts, (1990, 1992) o Riley, (1993).

Dos críticas importantes se han hecho a la forma de captar el tamaño de familia deseado; especialmente en lugares donde la toma de decisión de la fecundidad está fuera del control de la mujer, es decir en donde a pesar de que el control de la fecundidad no depende de la mujer únicamente, sino que intervienen otros actores como pueden ser: el cónyuge, la familia o el grupo social del cual ella misma forma parte, estos otros actores no se toman en cuenta (Ascadi, 1990). Por otro lado, se considera que la respuesta sobre el tamaño de familia deseado va cambiando a lo largo de la vida reproductiva de la mujer que hace que se modifiquen las percepciones sobre el valor económico y social de los hijos y por lo tanto lo que puede ser válido para cierto momento (la fecha en la cual la mujer es entrevistada), puede no serlo en el futuro (Mhloyi, 1992).

Autores como Bushan y Hill (1995), argumentan que la respuesta a la pregunta sobre el número ideal de hijos que se desea tener está caracterizada por una gran ambivalencia ya que los individuos no saben qué pueda ocurrir en el futuro y esta es la razón del porque algunas mujeres no dan una respuesta numérica o contestan que desean “el número de hijos que Dios quiera darles”, (Van de Walle, 1992). También se ha observado que quienes dan esta respuesta son en realidad en su mayoría mujeres que desean un elevado número de hijos (Fapohunda y Todaro, 1988) y en este caso, puede además suponerse que las mujeres no se atreven a manifestar abiertamente sus preferencias para no parecer pre-modernas o incluso, ignorantes. Por tanto, no queda completamente claro si la respuesta que la entrevistada tiene en mente cuando se la pregunta sobre la preferencia del tamaño de familia, refleja su idea personal o bien la norma social y por tanto, la mujer da una respuesta precisamente para parecer que se ajusta a la norma más general vigente.

Una crítica común a la forma de captar la información sobre ideales de fecundidad es que en lugares donde la planificación es relativamente nueva, la respuesta a la pregunta sobre el número ideal de hijos puede ser sesgada, ya que las mujeres consideran que sería mal visto mencionar que se desea un elevado número de hijos, o desear un número mayor al que tienen, cuando ya se puede contar con medios para controlar la fecundidad y esto representa una novedad que todas las mujeres deberían conocer (Knodel y Prachuabmoh, 1973; Pullum, 1983). Esto, por cierto, no sería el caso de México y Colombia en años recientes, porque los programas de planificación familiar se iniciaron a finales de los 60s. Por otra parte, no puede desconocerse el efecto real que los programas de planificación familiar tienen en la modificación de las preferencias reproductivas a través de los procesos de difusión de nuevas ideas (Freedman, 1997)

Otro de los problemas que pueden surgir con respecto a la utilidad (más que a la confiabilidad) de la información, es el hecho de que la pregunta se haga sólo a las mujeres, ya que es posible suponer, como ya se mencionó, que hay otros miembros del hogar que pueden estar influenciando o decidiendo sobre el número de hijos que la mujer debería tener y por tanto, sobre los ideales de fecundidad de ella. En el caso del presente análisis, éste se restringe a conocer la opinión de la mujer, por cuanto la hipótesis general que se maneja aquí es que la educación influencia el número de hijos que se desea tener a través del mayor o menor grado de autonomía femenina, que hace que la mujer además de poder expresar y concretar este deseo puede allegarse los medios para lograrlo. Además, las encuestas analizadas no cuentan con información que permita inferir las influencias del marido u otros familiares en las preferencias reproductivas de la mujer entrevistada, excepto por la respuesta a una pregunta muy concreta incluida en la encuesta aplicada en México respecto a quién toma las decisiones sobre cuántos hijos tener.

Por otro lado, parte de la problemática que aparece en el estudio del tamaño de familia deseado, se refiere a que se ha reconocido que generalmente existe una elevada asociación entre el número ideal de hijos que las mujeres declaran y el número real que tienen; es decir, las mujeres ajustan la respuesta a la pregunta sobre el número ideal de hijos para hacerla coincidir con los que han tenido, pues las mujeres difícilmente aceptan que sus hijos no sean hijos deseados; esto se ha denominado como efecto de racionalización. Mi experiencia personal en el trabajo de campo en Colombia me permite afirmar que este efecto se debe en gran medida a una actitud de fatalismo, ya que una gran proporción de mujeres supone que si declara un número

ideal de hijos menor al que tiene “Dios la va a castigar y le va a quitar algunos hijos”. Precisamente, para tratar de eliminar o al menos reducir este efecto, se hace la pregunta sobre el deseo de más hijos o el número ideal en la etapa inicial de la unión conyugal o cuando la mujer aún no tenía hijos (paridez cero).

Es posible suponer además, que la racionalización puede manifestarse en dos sentidos: hacia arriba, reflejando el hecho de haber experimentado nacimientos no deseados (que en el momento en que se hace la pregunta en una encuesta “se hacen pasar” como si hubieran sido deseados) o hacia abajo, relacionado con embarazos involuntarios, que se aceptan como tales. Pero vale la pena mencionar que esto último rara vez ha sido reportado en la literatura y es menos probable que ocurra en los países en desarrollo. Este efecto de racionalización ha sido reportado por Bankole y Westoff (1998), en relación con el estatus del último nacimiento, ya sea “deseado” o “no deseado”, al comparar las respuestas generadas por mujeres que fueron entrevistadas en 1992 y nuevamente en 1995. Para estos autores, “las mujeres tienden a racionalizar un nacimiento no deseado como si hubiera sido deseado en la medida en que pasan los años y el niño tiene mayor edad” y esto tiene importancia metodológica, porque los autores derivan que: “entre más tiempo pase desde la fecha de nacimiento de un niño, la tendencia a reportar un diferente estatus de planeación del nacimiento de un niño, será mayor” (Bankole y Westoff, 1998 op. cit. p. 452).

A pesar de las críticas a la forma de captar las intenciones reproductivas, debe insistirse que una amplia gama de estudios ponen de manifiesto la utilidad de la respuesta a las preguntas a través de las cuales se intenta obtener esta información y la medida es generalmente confiable (Knodel y Prachuabmoh, 1973; Bankole y Westoff, 1998). Bajo este supuesto, con esta información es posible inferir pautas reproductivas ligadas a condiciones individuales o situaciones sociales más generales y por tanto, se está en posibilidades de elaborar algunas hipótesis acerca de las estrategias que siguen las mujeres para alcanzar el tamaño de familia que se desea, bien sea espaciando o limitando definitivamente el número de hijos. Así, es posible suponer que el nivel de escolaridad de la mujer refleja una serie de condiciones que definen sus preferencias reproductivas en el transcurso de su vida.

Se ha hecho referencia a que es posible suponer que en el origen de las diferencias en la fecundidad según nivel de escolaridad se encuentra una demanda diferencial de hijos, concepto que puede hacerse operativo a través del manejo de la información sobre el deseo de tener

determinado número de hijos y que se capta con la expresión de las mujeres a una serie de cuestionamientos al respecto.

Si bien la demanda de hijos puede ser cuantificada a través de información que refleja ideales, deseos, intenciones o expectativas respecto al número de hijos, esta demanda puede referirse a distintos momentos en la vida de las mujeres como el inicio de su historia reproductiva que trata de conocerse al preguntar: “si Ud. pudiera volver a la época en que no tenía hijos cuántos hijos tendría”, lo que lleva a considerar a todas las mujeres en condiciones similares en torno a su número de hijos, es decir, se sitúa a todas las mujeres en la condición de paridez cero; además de que para una gran proporción (todas las que tienen al menos un hijo), se hace referencia al pasado y por tanto, es posible comparar la situación ideal con el comportamiento real. También, la demanda puede referirse a la situación actual o futura, cuando concretamente se pregunta “desea tener (más) hijos” o “cuántos (más) hijos desea tener”, en cuyo caso las respuestas deben considerarse en relación con el número de hijos que ha tenido la mujer, es decir la paridez alcanzada hasta el momento en que se hace la entrevista. En el primer caso, autores como Clay y Zuiches (1980) consideran que las respuestas sobre el número ideal de hijos al inicio de la historia reproductiva, reflejan más las normas sociales alrededor de la fecundidad que las preferencias estrictamente personales de la mujer. Por lo que hace a la segunda de las situaciones descritas, se supone que ésta refleja de mejor manera la demanda futura en relación con las condiciones particulares de la mujer, que hacen que ésta se plantee la posibilidad de tener o no tener (más) hijos (Thomson y Brandreth, 1995).

Ya se ha mencionado que diversos planteamientos teóricos se han hecho para fundamentar el estudio del tamaño de familia deseado, ya que se asocia el elevado nivel de fecundidad de una población al deseo de tener muchos hijos y esta actitud se explica por el valor que tienen los hijos, ya sea desde el punto de vista económico o desde otros puntos de vista como puede ser el psicológico o el cultural.

Desde el punto de vista económico se habla sobre todo de que los hijos implican costos; costos en el tiempo que la mujer invierte en su cuidado, y por lo tanto se racionalizará el número que se desea ya que en cuanto mayor sea el número de hijos mayor será el costo económico para los padres cuando éstos tienen que invertir en su cuidado y educación y elaboran algún tipo de cálculo sobre ello (Zelizer 1994). En contraste con esta posición, otros autores mencionan que los hijos son producto frecuentemente involuntario de una secuencia de decisiones coyunturales,

relaciones sexuales, interrupción del embarazo a través del aborto y uso de la planificación familiar y así, la elección ocurre dentro de una gran gama de opciones que los individuos enfrentan y por tanto, se dificulta identificar la serie de factores que llevan a que las parejas decidan tener determinado número de hijos (Neal, Groat y Wicks, 1989).

Una de las ideas fundamentales es la referente al significado de los hijos y los cambios en este significado asociados a las transformaciones estructurales de la sociedad. Algunos demógrafos (Preston, 1986; Ryder, 1979) argumentan que los cambios en las intenciones reproductivas y por tanto en la fecundidad, se han dado como respuestas a los cambios culturales, particularmente en los patrones de formación de las parejas y en el estatus de la mujer producto de su incorporación a mayores niveles de escolaridad y a su participación en la actividad económica.

Cleland y Wilson (1987) al analizar la transición hacia la baja de la fecundidad, desde “el lado de la demanda”, tratan de mostrar que los cambios en la demanda de hijos responden más a cambios ideacionales que a cambios estructurales, pero asignan a la educación de la mujer un papel sustantivo, en la medida en que la evolución de la fecundidad muestra una fuerte conexión con la cultura y la educación y por tanto, es probable que ésta determine la aceptabilidad de nuevas ideas.

En este texto se ha explotado la información disponible en las encuestas de México y Colombia, reconociendo sus limitaciones, pero al mismo tiempo, coincidiendo con McClelland que, después de una revisión bibliográfica exhaustiva concluye que, “las evidencias llevan a considerar las mediciones sobre el deseo de determinado tamaño de familia como medidas adecuadas de la demanda de hijos” (McClelland, 1983, p 317).

8.2. El papel de la educación en el tamaño de familia deseado.

La literatura especializada reporta para los países en desarrollo, una relación sistemáticamente negativa entre nivel de escolaridad y número de hijos deseados y esto es aún más claro en el caso de los países latinoamericanos como lo hizo evidente el estudio de las Naciones Unidas con los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (United Nations, 1981) ⁴²

⁴² Esta relación negativa entre escolaridad y número de hijos deseados, no se ha observado recientemente en algunos países de Europa. Heilan, Prskawetz y Sanderson (2005) reportan que los resultados de sus investigaciones “refutan la idea de que las mujeres más educadas desean familias más pequeñas en Alemania Occidental y otros países de Europa”. Los autores sostienen

pero, ¿qué es lo que hace que las mujeres con mayor escolaridad deseen menos hijos que las menos escolarizadas? La respuesta a esta pregunta además del interés teórico, tiene importantes implicaciones en términos de política demográfica, porque como la plantea Pritchett (1994): “Un bajo nivel de fecundidad deseada, parece ser una condición necesaria y suficiente para disminuir la fecundidad”.

La educación juega un papel muy importante en la transformación del comportamiento reproductivo de las mujeres; la educación expande roles más allá de los domésticos y por lo tanto, un tamaño grande de familia entra en contradicción con la posibilidad de elevar el estatus de la mujer. En este sentido, se deben tomar en cuenta algunas condiciones que incidirían sobre el número ideal de hijos. Por ejemplo, las mujeres más educadas pueden participar en la actividad económica lo que hace que ellas sean más independientes económicamente y también en sus decisiones reproductivas; en otras palabras el que la mujer trabaje y obtenga una remuneración significa autonomía en muchos aspectos de su vida y entre ellos la decisión por tener determinado número de hijos. Para una mujer que tiene acceso a recursos económicos que puedan ser suficientes para solventar los gastos de la vida cotidiana, en el corto y mediano plazo tener muchos hijos ya no es necesario, en el sentido de que ya no representan un aporte económico para la sobrevivencia de la familia y en el largo plazo, no serán vistos como un seguro para la vejez, de allí que la valoración que ella tenga de los hijos será diferente a la que se tiene en condiciones de dependencia económica.

Un segundo aspecto se refiere a que la educación de la mujer cambia la idea generalizada de que ella debe tener muchos hijos para ser valorada por su esposo y por su familia; es decir que con la elevación de su condición social por medio de la educación, el número de hijos que tenga no significa mejor posición dentro de la sociedad y la familia; por el contrario, implica mayor tiempo dedicado al cuidado de los hijos y reducción del tiempo que puede dedicar a actividades que le permitirán su propio desarrollo personal.

La incorporación de la mujer en la actividad económica, brinda la oportunidad de participar en la toma de decisiones dentro del hogar incluyendo la limitación de la fecundidad y el espaciamiento de sus hijos. Si una mujer tiene un elevado nivel de escolaridad, tendrá mayor

que la brecha entre la fecundidad total y el número de hijos deseados es mayor entre las mujeres más educadas, de tal manera que estas mujeres desean más hijos que los que llegan a tener. Las explicaciones a este hallazgo son diversas, pero entre ellas se identifica una preocupación por el nivel de fecundidad que ha llegado a estar por debajo del reemplazo en Europa y al cual las mujeres más educadas serían más sensibles.

autonomía sobre las decisiones concernientes a planificar el número de hijos que desea tener y tiene mayores opciones sobre como alcanzar esa meta. Además del control que ella tiene de los recursos económicos del hogar, le permite valorar la conveniencia de tener pocos hijos para darles mejores condiciones de vida. Adicionalmente una mayor educación obliga a reconocer el valor del tiempo y el costo económico que implica una familia numerosa. Para la mujer con mayor nivel de escolaridad, la norma tradicional de una familia numerosa se resquebraja al asumir roles no tradicionales y ganar autonomía.

Finalmente, una tercera condición ligada a la educación de la mujer, se da por medio de la sobrevivencia de los hijos como ya se mencionó con anterioridad. La relación entre escolaridad de la madre y sobrevivencia de los hijos en las primeras edades es algo suficientemente demostrado en la literatura especializada y los datos presentados en otro capítulo para los dos países aquí analizados lo confirman y por tanto, es posible suponer que la baja en mortalidad infantil que a nivel agregado se produce con el incremento en el nivel de escolaridad de la población femenina incidirá sobre el tamaño de familia deseado y finalmente sobre la fecundidad. Sin entrar a discutir si efectivamente hay una relación causal entre las variables mencionadas, este es un aspecto que si bien es significativo para explicar las diferencias entre grupos de la población respecto al tamaño de familia que se desea, el efecto de la mortalidad infantil se ubica más en el lado de “la oferta de hijos” y por lo tanto, no es analizado en este capítulo.

En resumen, es posible esperar que en la medida en que las mujeres van adquiriendo mayor escolaridad, se reduce paulatinamente el tamaño de familia deseado y esta situación será más clara si las mujeres educadas asumen roles no tradicionales, adquieren mayor independencia y control sobre los recursos y no aceptan con sumisión las decisiones y la autoridad de otros miembros de la familia con relación al número de hijos que debería tener.

Por otra parte, cuando las condiciones de la familia son precarias, debido a las escasas oportunidades que tengan las mujeres con bajos niveles educativos de participar en la actividad económica, lo que le dificulta no sólo sobrevivir día con día y si logra trabajar, los bajos ingresos que recibe no le permiten acumular recursos para enfrentar las condiciones futuras, entonces una familia numerosa se convierte en una estrategia para garantizar la seguridad en la vejez, es decir, una elevada fecundidad es percibida como un beneficio, por las mujeres en situación de vulnerabilidad, que son precisamente las menos escolarizadas.

Los estudios realizados para analizar la preferencia de los hijos reportaron que una de las razones frecuentemente mencionada por las mujeres para tener muchos hijos era precisamente porque significaban un sostén económico en la vejez (Vlassoff y Vlassoff, 1980). Tener muchos hijos se justifica porque “al menos uno saldrá bueno y me cuidará cuando vieja” y esto le da sentido al ideal de fecundidad elevada. Por lo tanto, la familia numerosa constituye una estrategia para garantizar la seguridad en la vejez, es decir, una elevada fecundidad es percibida como un beneficio, no únicamente por la mujer en situación de vulnerabilidad, sino por el hombre quien por otra parte en las sociedades latinoamericanas no asume la responsabilidad de la crianza, pero si espera recibir los beneficios de tener hijos cuando estos son adultos.

Las mujeres en condiciones económicas precarias, que en el caso de los países subdesarrollados son en gran proporción aquellas que no han tenido la oportunidad de asistir a la escuela o sólo han completado algunos años en la escuela primaria, históricamente han visto como una alternativa para sobrevivir tener muchos hijos, porque desde muy pequeños los incorporan a actividades generadoras de ingresos sin que éstas sean actividades productivas como podría ser en el pasado la realización de trabajos en la unidad de producción familiar y en la actualidad, más bien se dedican a actividades informales que se acercan más a la mendicidad que al trabajo, como puede ser el hecho de vender productos en las calles de las grandes avenidas en las ciudades como Bogotá o México.

Aunque son escasos los estudios en esta materia para los dos países analizados, en el caso de México, Selby, (1989), reportó que en Oaxaca al percibirse viviendo en una época de crisis en los sectores pobres se tenían muchos hijos para que conforme crecieran aportaran económicamente al sostenimiento de la familia.

Sin embargo la valoración económica de los hijos se transforma con el nivel de escolaridad de la mujer, la posibilidad de que los hijos generen recursos desde pequeños, deja de ser importante debido al costo tanto económico como personal que representa su crianza, sobre todo como ya se mencionó para las mujeres con mayores niveles de escolaridad; porque ellas mismas que pudieron tener educación desean que sus hijos asistan a la escuela y de esta manera la norma tradicional de una familia numerosa se resquebraja al asumir la mujer roles no tradicionales y ganar autonomía económica (Mason, 1993). La misma educación de la mujer le brinda mayores oportunidades de participación en la actividad laboral y de obtener ingresos para

el apoyo económico del hogar, lo cual hace que entre en conflicto el rol de madre y trabajadora y por lo tanto desee tener un número reducido de hijos.

Además del valor económico de los hijos, es importante reconocer que hay otras razones por las cuales las mujeres desean tener cierto número de hijos; una es la afectiva, es decir, se desean hijos porque las mujeres esperan sentirse queridas y respetadas por individuos que obligatoriamente, según las normas sociales, tienen que mantener estas actitudes hacia su madre y cuando son mayores los hijos le darán seguridad y compañía. Asimismo, puede ser que los hijos representen un elemento fundamental para mantener la relación conyugal; de esta manera, se tienen hijos por una interacción gratificante, es decir, se tienen hijos como un vínculo o gratificación a nivel emocional con la pareja y gratificación personal incluso sin que se mantenga la relación conyugal.

Otra razón para desear tener hijos se encuentra estrechamente ligada con el reconocimiento social que la mujer recibe en su entorno, por el número de hijos que tenga. Este es un elemento poco explorado y difícil de cuantificar, no obstante puede suponerse que el nivel educativo de la mujer incidirá sobre sus ideales reproductivos y sobre su fecundidad, en la medida en que una mayor escolaridad permite a la mujer adquirir un reconocimiento frente a su grupo social y familiar por las actividades que real o potencialmente esté en capacidad de desarrollar y no sólo porque se le reconozca por su capacidad de reproducirse. Así, su reconocimiento social ya no dependerá de tener un elevado número de hijos.

Si es posible suponer que la escolaridad modifica las ideas que una mujer tiene sobre los roles que desea jugar durante su existencia, es posible suponer que la educación se encuentra relacionada con los ideales de fecundidad o las intenciones reproductivas. Sin embargo, debe reconocerse que estas preferencias reflejan la interacciones de múltiples factores y se modifican en el tiempo, por lo tanto, metodológicamente resulta adecuado observar la relación entre escolaridad y preferencias reproductivas tomando en cuenta: a) la dimensión temporal en la vida de las mujeres, es decir, su ciclo de vida familiar que puede ser analizado a través de su edad o la duración del matrimonio y b) el número y el sexo de los hijos previamente tenidos. Además, debe tomarse en cuenta que en virtud de la muy elevada correlación que generalmente es posible observar tanto de la edad de la mujer como de la duración del matrimonio con el número total de hijos que una mujer tiene, está última variable se convierte en el control más adecuado para realizar comparaciones de los ideales de fecundidad según escolaridad de la mujer.

8.3. Número ideal de Hijos.

Con la información de las encuestas disponibles es posible analizar la demanda de hijos a través del número ideal de hijos y las preferencias reproductivas expresadas como intención por tener en el futuro (más) hijos, ligadas a la escolaridad de la mujer.

Las encuestas de Colombia y México incluyeron preguntas para conocer el deseo de tener (más) hijos y su redacción es prácticamente la misma en cada cuestionario: “¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o hija o preferiría no tener ningún otro?” y para el caso de mujeres embarazadas la pregunta es: Además del hijo que está esperando ¿Le gustaría tener otro o preferiría ya no tener más?.

Con respecto al número total de hijos deseados, también las preguntas son similares y toman en cuenta si la mujer ya ha tenido o no ha tenido hijos, en este último caso se inquiriere directamente. “Si usted pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿cuántos tendría?”. Para las mujeres que ya han tenido hijos se preguntó: “Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿cuántos tendría?”. Por lo tanto, a través de esta pregunta se ubica a las mujeres en una misma situación es decir, el momento en que todas se encuentran ubicadas en la paridez cero.

Finalmente, se indagó sobre las preferencias sobre el sexo de los hijos, preguntando simplemente: “De ellos (los hijos) ¿Cuántos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres?”.

Debe mencionarse, que en el caso de México, la encuesta analizada incluyó una amplia batería de preguntas en una sección denominada “Factores asociados al comportamiento reproductivo”, a través de las cuales se captó información sobre la importancia que tienen los hijos en la vida de las mujeres, los cambios que se producen al tener hijos y la persona que toma las decisiones respecto a cuántos hijos tener, lo que permite explorar algunas hipótesis sobre la relación objeto de interés de este capítulo.

Por otra parte, la encuesta aplicada en Colombia indagó con una pregunta específica si el esposo o compañero, deseaba más, menos o igual número de hijos que la mujer entrevistada.

Según los datos de las encuestas analizadas el número ideal de hijos es claramente menor en Colombia que en México y la diferencia llega a ser de más de un hijo si se compara el grupo

de mujeres de 45 a 49 años. Este diferencial es muy probable que se encuentre relacionado con el nivel de fecundidad general.

En los primeros cuadros que siguen, se observa la distribución del total de mujeres unidas por grupos de edad, según el número ideal de hijos. La primera impresión que se desprende de estos datos es que en ambos países se produce un cambio generacional en la medida en que las mujeres más jóvenes desean menos hijos. Además, cuando se controla el número total de hijos (incluyendo el embarazo actual) se confirma el posible efecto de la fecundidad acumulada sobre la declaración de este número ideal y por lo tanto, al hacer comparaciones resulta indispensable introducir como variable de control el número de hijos tenidos⁴³. Esto será más evidente en el caso de las comparaciones según nivel de escolaridad ya que por este efecto de la fecundidad total sobre el total de hijos deseados, a final de cuentas lo que se estaría realizando sería un análisis reiterativo de fecundidad diferencial.

Pullum (1983, op. cit) apunta que el precio que se paga al introducir como variable de control el tamaño actual de familia, en el análisis de la fecundidad deseada, cuando lo que interesa es observar el efecto de la escolaridad, es que este efecto puede subestimarse. Sin embargo, lo que es importante es que, como se verá más adelante, en prácticamente todas las paridades se observan diferencias en la fecundidad deseada según escolaridad aunque se controle el número de hijos tenidos.

Regresando a la situación general, el número ideal de hijos en Colombia en cada grupo de edad es inferior al que expresan las mujeres en México; se observa una diferencia de más de un hijo entre las mujeres en el grupo de 45 a 49 años de edad y llama la atención el muy elevado ideal de fecundidad de las mujeres en este grupo, ya que poco más de una de cada cuatro expresó idealmente seis o más hijos. Al mismo tiempo, no debe perderse de vista que más de la

⁴³ La estimación del número ideal de hijos, se generó con información que se capta a través de una pregunta que hace referencia específica a la situación que vive o vivía la mujer en el momento en que aún no tenía hijos, por lo tanto, no es posible saber si en el pasado lo que pensaba sobre el número total de hijos que consideraba ideal corresponde a la situación que declara en el momento de la entrevista. Es muy probable, que el hecho de no haber tenido hijos o de tener ya determinado número de ellos, produzca un efecto de racionalización en sentido positivo o negativo; de manera que debe considerarse esta situación al analizar la información. Por lo tanto, a pesar de que se asume que la expresión de este número ideal se refiere al momento en que las mujeres tienen cero hijos, los resultados inducen a pensar que la expresión del número ideal de hijos se encuentra relacionado con el número total que ha tenido la entrevistada. A pesar de no existir una relación lineal entre ambas variables, las diferencias según edad en el número de hijos deseados prácticamente desaparecen cuando se controla el número total de hijos. Utilizando el Análisis de Clasificación Múltiple, que no es otra cosa que una estandarización, en México el número de hijos deseados en cada grupo de edad al controlar el número de hijos tenidos, se obtienen los siguientes resultados: 3.8, 3.3, 3.2, 3.3, 3.1, 3.2 y 3.6. Es decir, parece existir efectivamente el efecto de racionalización mencionado.

mitad de las mujeres (52 por ciento), tiene seis o más hijos, incluyendo el embarazo actual; de manera que la expresión de sus ideales refleja en gran medida su comportamiento reproductivo y muestra probablemente el efecto de la racionalización que tanto se ha mencionado.

En el corte transversal que representa el periodo en el que se levantaron las encuestas analizadas, las mujeres en unión conyugal en México en todos los grupos de edad manifestaban un ideal reproductivo cercano a los tres hijos o incluso superior, lo que se refleja en el promedio total de 3.3 hijos, mientras que en Colombia las mujeres se acercan cada vez más a los dos hijos como ideal, es decir, a un nivel de fecundidad alrededor del reemplazo generacional.

La información disponible permite hacer comparaciones en el tiempo y por tanto, vale la pena observar la evolución de las preferencias de la fecundidad en los países analizados a partir de los datos de las encuestas realizadas en 1976, como parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad en ambos países. Aparece ya en 1976 una fecundidad deseada menor en Colombia que en México y ambas poblaciones muestran disminuciones muy significativas en el número ideal de hijos en las dos décadas que separan una y otra encuesta. Sin estar en posibilidades de establecer una relación causal entre fecundidad alcanzada y fecundidad ideal y en virtud de que la fecundidad de las mujeres en Colombia es menor que en México, puede inferirse que hay una asociación entre una y otra, que forma parte del proceso de transición demográfica. Esta asociación ha llevado a autores como Pritchett a considerar que además de que “el reto de reducir la fecundidad es el reto de reducir los ideales de fecundidad de la gente”, agrega que: “la cuestión básica es (establecer) en qué medida los ideales de fecundidad están determinados por influencias económicas y en qué medida por fuerzas sociales y culturales” (Prichett, 1994, p. 3).

Cuadro No. 8.1

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS POR NÚMERO
IDEAL DE HIJOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 1976

NÚMERO IDEAL DE HIJOS	GRUPOS DE EDAD						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
0	0.5	0.0	0.0	0.4	1.1	1.5	1.9
1	7.3	3.4	2.6	1.1	2.2	2.7	3.9
2	40.4	29.7	24.4	17.0	17.9	14.9	15.9
3	28.0	35.2	28.2	24.7	23.3	22.3	12.4
4	15.0	18.1	22.4	23.4	19.2	16.2	15.1
5	5.2	7.2	9.9	12.1	9.4	10.7	10.5
6+	3.6	6.5	12.6	21.2	27.0	31.7	40.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PROMEDIO	2.9	3.2	3.6	4.3	4.6	5.0	5.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-76.

Cuadro No. 8.2

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS POR NÚMERO
IDEAL DE HIJOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 1995

NÚMERO IDEAL DE HIJOS	GRUPOS DE EDAD						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
0	1.0	1.1	1.9	2.0	2.4	1.7	3.5
1	12.0	10.9	9.6	8.0	6.6	4.1	6.5
2	63.9	54.7	52.3	45.8	37.9	34.1	32.6
3	16.5	24.5	24.4	26.2	26.1	24.6	20.8
4	5.8	6.5	8.3	9.8	14.1	22.5	19.7
5	0.8	1.6	2.0	3.3	6.7	4.5	6.1
6+	0.0	0.7	1.5	4.9	6.2	8.5	10.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PROMEDIO	2.2	2.3	2.4	2.7	3.0	3.2	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 8.3

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS POR NÚMERO IDEAL DE HIJOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD. 1976

NÚMERO IDEAL DE HIJOS	GRUPOS DE EDAD						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
0	0.5	0.0	0.3	0.7	0.8	2.1	2.0
1	1.4	1.1	1.5	1.5	1.1	1.8	2.8
2	27.7	23.6	18.7	14.9	16.5	12.6	15.0
3	26.5	28.5	23.7	20.6	17.2	16.5	18.7
4	20.1	25.5	24.3	22.1	21.2	19.1	17.9
5	7.8	8.6	11.6	11.3	11.0	10.4	7.3
6+	15.9	12.7	19.9	28.8	32.3	37.4	36.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PROMEDIO	3.9	3.7	4.2	4.6	5.1	5.4	5.5

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-76.

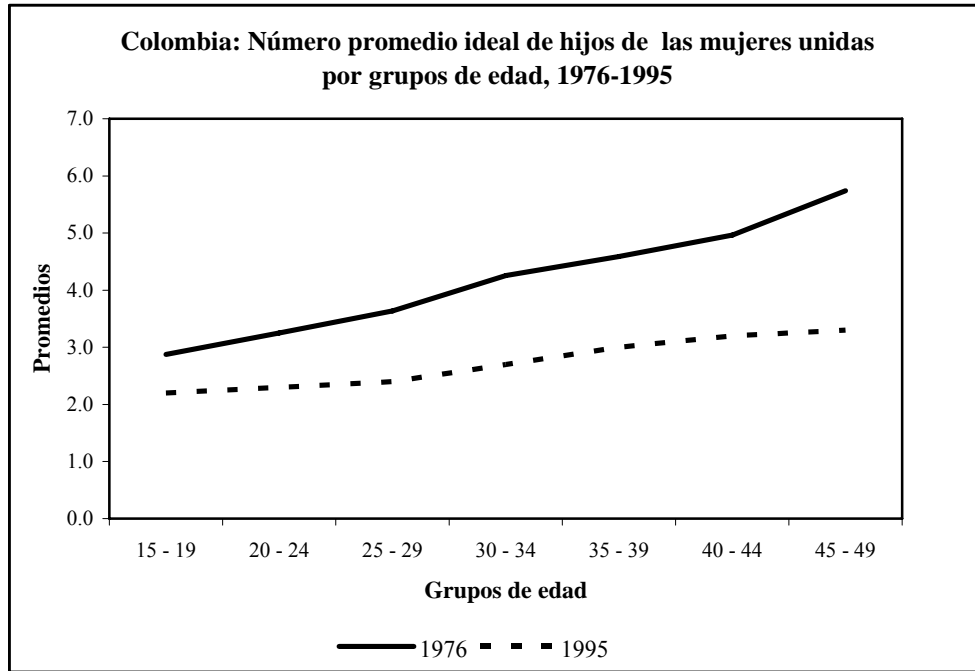
Cuadro No. 8.4

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS POR NÚMERO IDEAL DE HIJOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 1995

NUMERO IDEAL DE HIJOS	GRUPOS DE EDAD						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
0	0.3	1.3	1.4	0.5	0.7	0.3	3.4
1	4.1	9.7	4.8	4.8	3.5	3.9	2.8
2	49.8	41.5	42.6	29.5	31.6	31.9	18.4
3	24.7	27.6	23.8	32.5	24.4	20.7	18.4
4	11.4	16.6	21.1	17.0	24.7	19.2	17.8
5	3.1	2.1	1.7	5.7	4.4	8.2	10.1
6+	6.6	1.2	4.6	10.0	10.7	15.8	29.1
Total	100	100	100	100	100	100	100
PROMEDIO	2.8	2.6	2.9	3.4	3.5	3.8	4.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 8.1



Fuente: Cuadro No. 8.5

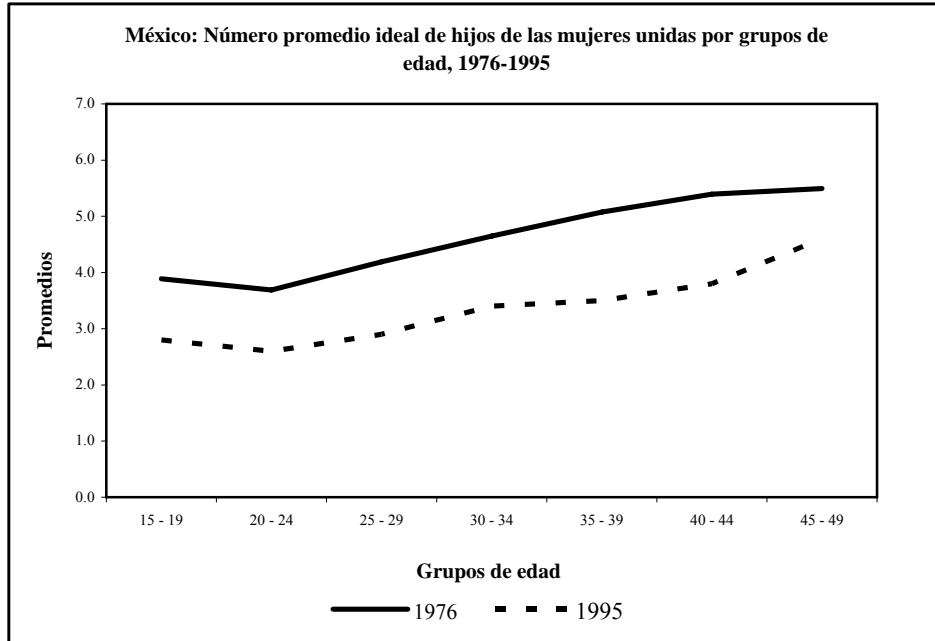
Cuadro No. 8.5

COLOMBIA: NÚMERO PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD. 1976-1995

GRUPOS DE EDAD	1976	1995
15 - 19	2.9	2.2
20 - 24	3.2	2.3
25 - 29	3.6	2.4
30 - 34	4.3	2.7
35 - 39	4.6	3.0
40 - 44	5.0	3.2
45 - 49	5.7	3.3
Total	4.1	2.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-76 y ENDS-95.

Gráfica No. 8.2



Fuente: Cuadro No. 8.6.

Cuadro No. 8.6

MÉXICO: NÚMERO PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD. 1976-1995

GRUPOS DE EDAD	1976	1995
15 - 19	3.9	2.8
20 - 24	3.7	2.6
25 - 29	4.2	2.9
30 - 34	4.6	3.4
35 - 39	5.1	3.5
40 - 44	5.4	3.8
45 - 49	5.5	4.6
Total	4.6	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-76 y ENAPLAF-95.

Un acercamiento inicial para conocer el comportamiento generacional de esta variable es precisamente a través de la distribución porcentual de las mujeres según el número ideal de hijos, más allá de la relación entre fecundidad real y fecundidad ideal que puede estar detrás de su evolución, los datos muestran un cambio generacional. En Colombia, las mujeres entre 15 y 34 años desean ya en su mayoría no más de dos hijos, mientras que en México esta situación se observa sólo para los grupos menores de 25 años e incluso, una diferencia notoria entre los dos países es que en el caso de México, hay todavía un porcentaje importante de mujeres en todos los grupos de edad que desean tener el cuarto hijo, lo que no se observa en Colombia. Por tanto, los datos muestran que en Colombia se nota una baja más acelerada en el número ideal de hijos que la que se observa en México.

La información sobre número ideal de hijos permite hacer una medición similar a la que se realiza para calcular las probabilidades de crecimiento de las familias, bajo el supuesto de que si las mujeres pudieran concretar las preferencias que expresan, éstas representarían la distribución de las mujeres según su paridez final. Desde luego, que este indicador, representa la situación en el momento de la encuesta para mujeres en distintas etapas de su historia reproductiva, pero debe tenerse claro que a diferencia de las “probabilidades de crecimiento de las familias” que tradicionalmente se calculan, para aquellas que han completado esta historia reproductiva y cuyo número total de hijos alcanzado al final de su período reproductivo ya no van a variar, pero la expresión de sus ideales puede cambiar en el tiempo. Por otra parte, por lo menos teóricamente, este indicador permite comparar las actitudes de distintas generaciones, de mujeres jóvenes y viejas, respecto a “el número total de hijos que desea tener”.

Este indicador se denominará **probabilidades ideales de crecimiento de las familias**⁴⁴ y el supuesto es que la mujer que expresa un número de hijos como ideal, está pensando tener al menos ese número n de hijos y por lo tanto puede usarse de manera similar a como se hace con la paridez real en el cálculo de las probabilidades de crecimiento. Así por ejemplo, las mujeres que desearían llegar a tener n hijos, antes deberían tener cada uno de los anteriores ($n-1$, $n-2$, etc.) hasta completar idealmente sus n hijos.

Los resultados son simplemente otra forma de analizar los ideales reproductivos de la población ya mostrados anteriormente y se muestran en los cuadros Nos. 8.7 y 8. 8.

⁴⁴ Debe recordarse que la denominación de este indicador como probabilidades es sólo una convención en el lenguaje utilizado en el análisis demográfico, ya que las cifras no representan probabilidades y sí el paso de una paridez a la siguiente en términos de proporciones.

Resulta evidente que casi la totalidad de las mujeres desean tener al menos un hijo, es decir la maternidad continúa siendo una opción de vida para la mayoría de las mujeres de todas las generaciones. Se observan además proporciones muy similares de quienes una vez que hubieran tenido un hijo desearían también el segundo hijo; pero a partir de este número la situación cambia radicalmente entre las mujeres de distintas generaciones, de tal manera que cada vez menores proporciones de mujeres desearían pasar del segundo al tercer hijo y nuevamente, esto resulta más claro en el caso de Colombia.

Si combinamos los resultados de la distribución según número ideal de hijos con el promedio de hijos deseados y lo que aquí se ha denominado probabilidades ideales de crecimiento de las familias, es claro que las mujeres mexicanas han deseado en el pasado y todavía desean en años recientes tener un número mayor de hijos que las mujeres colombianas.

Cuadro No. 8.7

**COLOMBIA: "PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS"
DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD.**

GRUPOS DE EDAD	"PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO"				
	P01	P12	P23	P34	P45
15-19	0.990	0.878	0.265	0.284	0.105
20-24	0.989	0.890	0.379	0.268	0.274
25-29	0.981	0.903	0.409	0.328	0.294
30-34	0.980	0.918	0.491	0.407	0.456
35-39	0.976	0.932	0.584	0.509	0.483
40-44	0.983	0.958	0.637	0.590	0.365
45-49	0.965	0.933	0.639	0.639	0.465

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 8.8

**MÉXICO: "PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS"
DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD.**

GRUPOS DE EDAD	"PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO"				
	P01	P12	P23	P34	P45
15-19	0.997	0.959	0.479	0.461	0.463
20-24	0.987	0.902	0.535	0.422	0.174
25-29	0.986	0.952	0.547	0.535	0.232
30-34	0.995	0.952	0.689	0.503	0.483
35-39	0.993	0.965	0.670	0.620	0.381
40-44	0.997	0.961	0.667	0.677	0.555
45-49	0.966	0.971	0.804	0.756	0.687

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

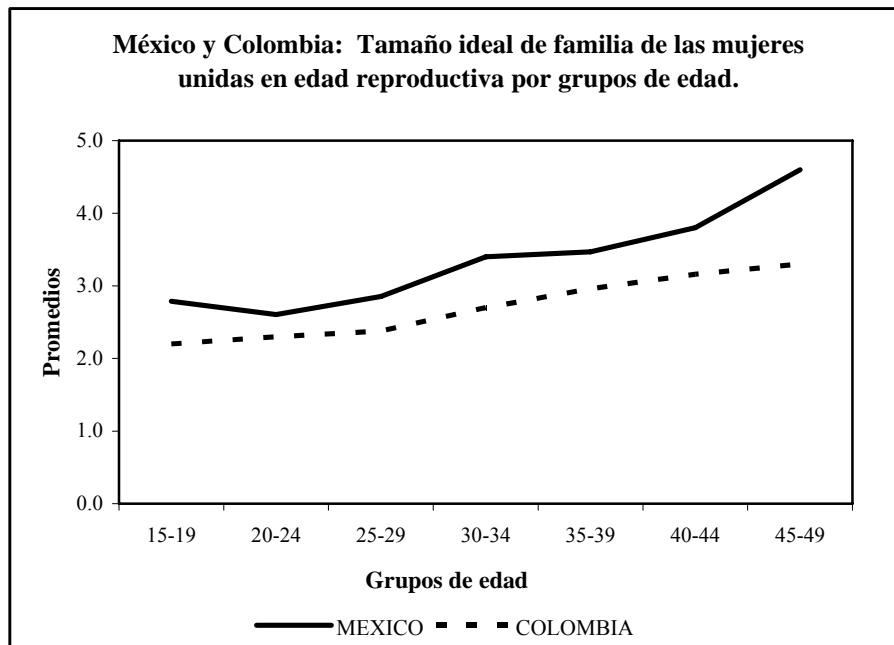
Hay dos aspectos importantes que muestran los datos; el primero es el cambio a través del tiempo entre las generaciones en el tamaño de familia que se desea; esto ocurre en los dos países, y el segundo aspecto hace referencia al diferencial que existe entre las generaciones en el tamaño de familia deseado. Al respecto, autores como Preston (1986) o Ryder (1979), consideran que cambios de esta naturaleza, son un reflejo de transformaciones estructurales de una sociedad tradicional a una moderna y que incluye cambios en los valores alrededor de la familia, en las normas referentes a la unión y al estatus de la mujer que estarían originando modificaciones en las metas reproductivas de cada nueva generación de mujeres.

Según Van de Kaa (1987), en la sociedad tradicional prevalece una valoración de los hijos que tenía su justificación en la búsqueda por mantener la continuidad generacional en un entorno de elevada mortalidad infantil, además de que los hijos son el elemento esencial de las redes sociales que se tejen para apoyar a los padres y la importancia simbólica que se da a la maternidad, encuentra en estas condiciones su soporte material, de manera que la mujer logra un reconocimiento social en la medida en que es madre y se muestra fecunda, de allí que la norma prevaleciente sea tener un número elevado de hijos. Sin embargo, cuando se da un cambio en la estructura familiar y en el significado de los hijos, es porque se están produciendo cambios en el ambiente social, pero especialmente en la condición de la mujer asociados entre otros factores a un mayor nivel de escolaridad, a la aparición de nuevos roles y nuevas exigencias, a la búsqueda de la igualdad de oportunidades y la libertad de elección en diversos ámbitos de la vida

cotidiana entre los cuales se incluye su participación en la toma de decisiones respecto a su reproducción y la norma social impone tener pocos hijos.

Este proceso puede visualizarse en los dos países objeto de estudio. Todavía en los años sesenta una gran proporción de las mujeres mexicanas deseaban tener “los hijos que Dios quisiera darles”. Hasta muy recientemente, la norma social establecida era la de tener muchos hijos y quien no podía completar “la docena” aspiraba a tener cuando menos la “media docena” de hijos. Hoy se desean cada vez menos hijos y la familia ideal es la que esta conformada por dos hijos, preferentemente un hijo y una hija, como los mensajes del Consejo Nacional de Población en México o de PROFAMILIA en Colombia se encargan de difundir. En el caso de Colombia en 1976, con los datos de la encuesta ya mencionada, se reportaba que las mujeres deseaban menos hijos que los que tenían; en aquel momento la Tasa Global de Fecundidad se situaba en 6 hijos, y ellas querían tener en promedio 4 hijos. En México se observaba una situación similar de desear menos hijos que los que se habían tenido. Por lo tanto, según estos datos era factible esperar un descenso de la fecundidad como el que en los años siguientes efectivamente se produjo.

Gráfica No. 8.3



Fuente: Cuadro No. 8.9

Cuadro No. 8.9

MÉXICO Y COLOMBIA: TAMAÑO IDEAL DE FAMILIA DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	MÉXICO	COLOMBIA
15-19	2.8	2.2
20-24	2.6	2.3
25-29	2.9	2.4
30-34	3.4	2.7
35-39	3.5	3.0
40-44	3.8	3.2
45-49	4.6	3.3
Total	3.3	2.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Es difícil explicar con los datos disponibles por qué en un país se desean más hijos que en otro; pero sin duda condiciones estructurales y cambios inducidos a nivel ideacional, que tienen que ver precisamente con modificaciones en la condición social de las mujeres y con el incremento en el nivel de educación alcanzado por este grupo poblacional en cada país pueden dar las pautas para entender este fenómeno. Por ejemplo la incorporación de las mujeres a la escolaridad básica se dio en mayor magnitud en Colombia que en México, aun cuando las políticas de incremento en la cobertura educativa y abatimiento del analfabetismo se iniciaron en los dos países en la década de los años sesentas, como se ha mostrado en el Capítulo III. Por otra parte, las acciones de planificación familiar de manera generalizada se iniciaron antes en Colombia que en México, de tal manera que estos procesos han contribuido a que se difundiera más tempranamente la idea de que la familia pequeña permitiría alcanzar mejores condiciones de vida y por tanto tener pocos hijos empezó a ser un ideal cada vez más común en la sociedad colombiana.

Como se ha podido observar, el número de hijos que se desea en cada uno de los grupos de edad es menor en Colombia que en México y para explicar estas diferencias entre los dos países habrá que recordar la posición de autores como Lesthaeghe y Surkyn (1980, 1988) quienes hablan de situaciones diferenciales tanto en la cultura como en la organización social y familiar a nivel de las sociedades nacionales, que afectan las actitudes y prácticas relacionadas

con el comportamiento reproductivo y concretamente con el deseo de tener determinado número de hijos, que independientemente de las condiciones económicas de cada país, hacen que sea posible que se inicie el descenso de la fecundidad en un país antes que en otro. Al respecto, los datos históricos confirman que el proceso de transición demográfica de Colombia se inició antes que en México y se encuentra hasta el momento en una etapa más avanzada. Además, puede pensarse que la información que reciben las mujeres en los medios masivos de comunicación sobre los derechos de la mujer para elegir y la existencia de medios para lograrlo, ha hecho que el número de hijos que desea asociado con las ventajas de una familia pequeña ha sido asimilado a tal punto que ya se convirtió en una norma social generalizada más tempranamente en Colombia que en México.

En México hasta muy recientemente y todavía en algunos sectores, se pueden identificar factores culturales que justifican la familia con muchos hijos y para entender mejor cómo esta situación se ha modificado a través del tiempo, basta con observar detenidamente los datos de dos generaciones de mujeres: las más viejas y las más jóvenes captadas en las encuestas analizadas para tener una idea de la velocidad y profundidad de los cambios que se están produciendo en los países analizados.

Los datos muestran la brecha generacional que existe en el tamaño de familia que se desea tener; pero además, como ha sido mencionado, entre los dos países hay marcadas diferencias. No obstante que las mujeres mexicanas de la generación mayor son las mujeres que Juárez y Quilodrán (1990) denominan pioneras de la transición demográfica todavía según los datos de esta encuesta deseaban un elevado número de hijos; en cambio en Colombia, esta misma generación a pesar de tener un elevado nivel de fecundidad y menor nivel de escolaridad comparado con la generación joven, es una generación que ha modificado sus actitudes y expresa ya un deseo por tener pocos hijos.

8.4. Ideales de fecundidad y escolaridad.

Los datos confirman que el tamaño ideal de familia es diferencial según la escolaridad. Las mujeres menos escolarizadas desean tener más hijos que aquellas con mayor educación. En los cuadros Nos. 8.10 y 8.11, además del diferencial según el nivel educativo de las mujeres, se percibe que el número ideal ha disminuido en todas las categorías educativas. Como podría

esperarse, las diferencias más notorias se dan entre las mujeres de mayor edad y esto, muestra un cambio radical de actitud entre las generaciones más jóvenes que independientemente de su escolaridad desean menos hijos que en el pasado, lo que probablemente tenga que ver con las transformaciones que se producen en diversos ámbitos de la sociedad y también con la posibilidad de poder concretar cada vez con mayor facilidad los ideales reproductivos a través de la anticoncepción moderna.

Un aspecto importante al cual vale la pena hacer referencia en el análisis de los ideales de fecundidad, es lo que se observa entre las mujeres más jóvenes y su relación con la fecundidad adolescente, porque en una situación de descenso acelerado de fecundidad como la que se produjo en Colombia y México en las décadas recientes, uno de los componentes cada vez más importantes de la fecundidad total es precisamente la fecundidad de las mujeres menores de 20 años y por lo tanto, la evolución futura de esta variable va a depender de las actitudes y el comportamiento reproductivo inicial de las mujeres en su juventud; de ahí que, la manera en que el número de hijos deseados disminuya o se mantenga sin cambio entre este grupo, será un factor de importancia fundamental para incidir sobre la evolución de esta variable.

Por cierto, el análisis del tamaño ideal de familia por edad es de interés fundamental en el estudio de la fecundidad adolescente porque el deseo de tener determinado número de hijos es un factor relacionado con una práctica reproductiva que puede iniciarse tempranamente, pero además si la norma es tener muchos hijos, tenerlos desde la adolescencia es un evento socialmente aceptado y por lo tanto, a pesar de las consecuencias que este inicio temprano de la maternidad pueda tener para el futuro de la madre y del hijo, las jóvenes pueden tener una relación sexual no protegida del riesgo de un embarazo, porque a final de cuentas la maternidad le da a la joven un reconocimiento social que no necesariamente puede lograr por otros medios.

A diferencia de lo que sucede en países desarrollados en donde el porcentaje de mujeres jóvenes que no quieren tener hijos se ha incrementado en años recientes y que ha hecho que incluso en sociedades como la española, esta situación se convierta en una preocupación por sus efectos sobre el crecimiento de la población, en los dos países aquí analizados la proporción de mujeres que no desean tener hijos sigue siendo muy pequeña. Este bajísimo porcentaje de mujeres que no desean ser madres podría explicarse en el caso de mujeres jóvenes que ya han iniciado su unión conyugal porque en una gran proporción ya han tenido hijos y expresan un ideal que refleja esta situación, pero también entre las jóvenes aún solteras y sin hijos, quienes no

desean tener hijos representan proporciones insignificantes del total de esta población. Aunque el estudio de la fecundidad adolescente no es la intención de este estudio, si es importante tener presente la situación mencionada porque conocer lo que piensa cada generación acerca de un número ideal de hijos permitirá identificar algunos factores asociados con este ideal reproductivo, con el inicio de la historia genésica y con la evolución de la fecundidad.

No parece haber duda de que en la conformación de estos ideales de fecundidad el nivel de escolaridad de la población femenina es muy importante. Un primer aspecto que muestran los datos es el efecto generacional al que se ha hecho referencia, de tal manera que las jóvenes tanto en México como en Colombia desean cada vez menos hijos que las mujeres de mayor edad, lo que hace que en los primeros grupos de edad no haya grandes diferencias según nivel de escolaridad; éstas diferencias se presentan a partir del grupo 30-34 años. Además de la transformación en las actitudes, es posible que vuelve a aparecer el efecto de racionalización, de tal manera que una posible explicación a este comportamiento se origina en el hecho de que en las primeras edades aún no se han tenido hijos o sólo unos cuantos, mientras que, como es lógico suponer con el avance de la edad la mayoría de las mujeres ha tenido hijos y en algunos grupos un número elevado, por lo que al expresar el número ideal de hijos, éste se asocia con el número real alcanzado porque es difícil aceptar que alguno de sus hijos no haya sido deseado. Sin perder de vista este posible efecto, las diferencias según nivel de escolaridad son evidentes.

Cuadro No. 8.10

COLOMBIA: PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES UNIDAS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 AÑOS	4 A 6 AÑOS	7 AÑOS Y +	
15-19	2.4	2.1	2.1	2.2
20-24	2.7	2.3	2.2	2.3
25-29	2.8	2.5	2.3	2.4
30-34	3.0	2.7	2.4	2.6
35-39	3.3	2.9	2.7	2.9
40-44	3.3	3.0	3.0	3.1
45-49	3.2	3.1	2.9	3.1
Total	3.1	2.7	2.5	2.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 8.11

MÉXICO: PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES UNIDAS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

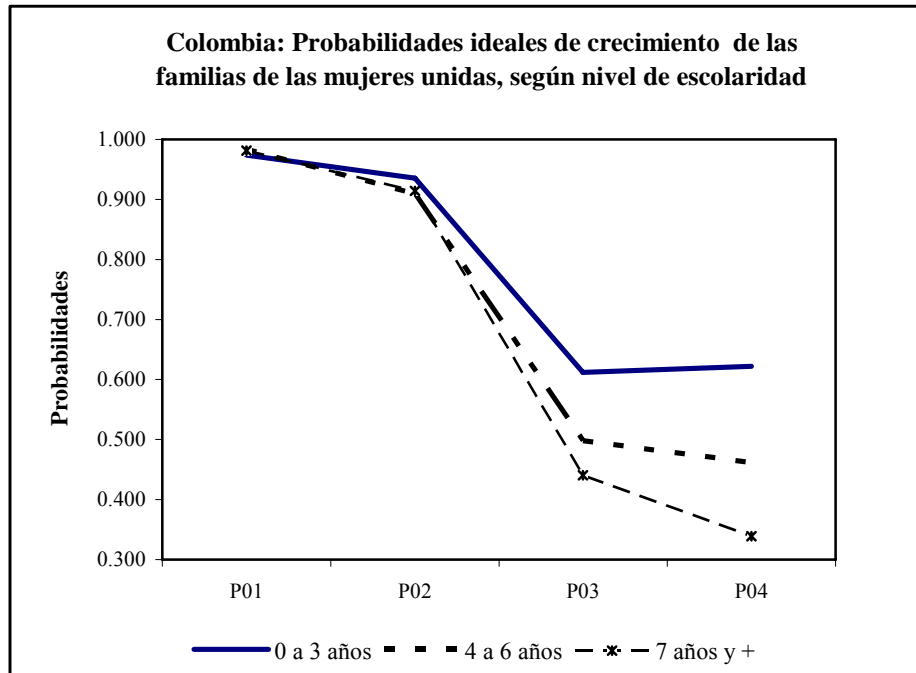
GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
15-19	4.2	2.7	2.4	2.8
20-24	3.0	2.8	2.5	2.6
25-29	3.1	3.3	2.6	2.9
30-34	3.9	3.8	2.8	3.4
35-39	4.5	3.5	3.0	3.5
40-44	4.3	3.7	2.7	3.8
45-49	5.6	3.8	3.1	4.6
Total	4.3	3.4	2.7	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Con anterioridad, se presentó el resultado derivado del cálculo de lo que se denominó **probabilidades ideales de crecimiento de las familias**, para el total de mujeres unidas; ya que este cálculo utiliza como insumo la respuesta a la pregunta sobre número total de hijos que la mujer desearía tener, si las mujeres pudieran concretar este ideal equivale a suponer que estarían siendo observadas al final del periodo reproductivo, por lo que bajo este supuesto es posible comparar a las mujeres en cada grupo de escolaridad sin introducir mayores controles, incluso el “efecto racionalización”, en caso de existir, puede verse disminuido ya que la pregunta hace referencia al momento en que la mujer no tenía hijos.

En las primeras probabilidades ideales prácticamente no hay diferencias, sin embargo, éstas adquieren una magnitud significativa a partir del tercer hijo y a este nivel, en la paridez tres se inicia un claro diferencial en el comportamiento de las mujeres tanto en Colombia como en México. Parece claro por tanto que el deseo de tener un tercer hijo es, como la planteaban a principios de los años 69 Westoff, Potter y Sagi (1963) una diferencia fundamental entre una población que transforma su conducta reproductiva y que controla su fecundidad, ya que desea un número reducido de hijos y otra que desea todavía una familia numerosa y controla menos, de manera poco efectiva o tardíamente, su fecundidad.

Gráfica No. 8.4



Fuente: Cuadro No. 8.12.

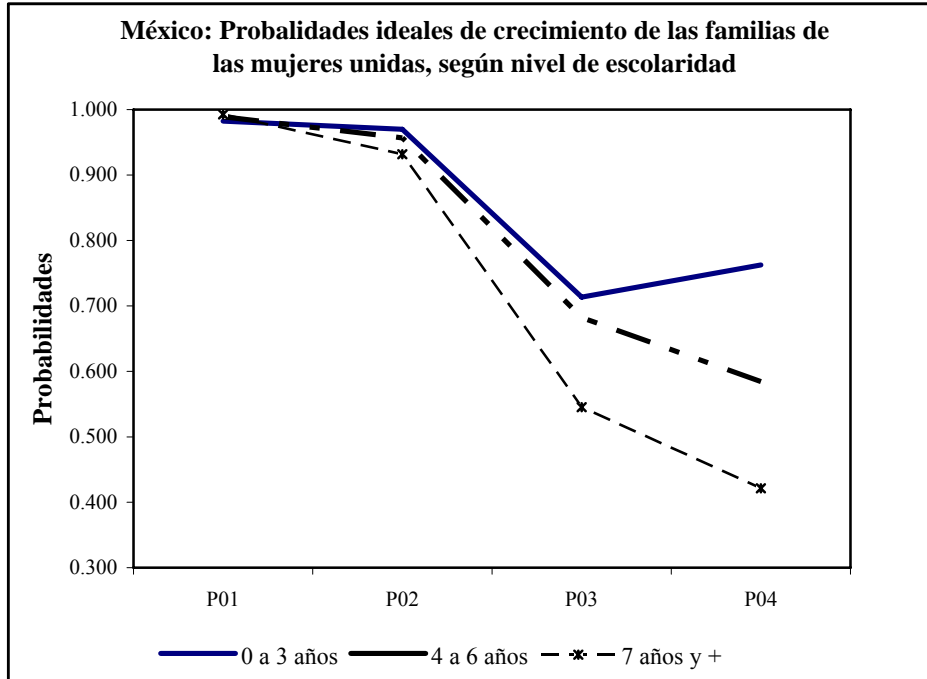
Cuadro No. 8.12

COLOMBIA: PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES UNIDAS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

PROBABILIDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
P01	0.974	0.984	0.981
P02	0.935	0.909	0.915
P03	0.612	0.498	0.441
P04	0.622	0.462	0.339
P05	0.489	0.376	0.316

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráfica No. 8.5



Fuente: Cuadro No. 8.13

Cuadro No. 8.13

MÉXICO: PROBABILIDADES IDEALES DE CRECIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES UNIDAS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

PROBABILIDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
P01	0.983	0.989	0.993
P02	0.970	0.957	0.932
P03	0.713	0.682	0.545
P04	0.763	0.584	0.421
P05	0.605	0.473	0.175

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

8.5. El deseo de más hijos

Como se anotó anteriormente, sobre la declaración del número ideal de hijos actúa el denominado “efecto racionalización” por lo que otra perspectiva para analizar las preferencias reproductivas es observar el deseo de tener (más) hijos, deseo sobre el que también pueden incidir factores demográficos como la edad de la mujer y el número de hijos que previamente ha tenido, pero cuyo efecto puede hacerse evidente más fácilmente. Por cierto, la respuesta a la pregunta ¿desea tener (más) más hijos? y la limitación definitiva de la fecundidad por la vía de la esterilización, han sido utilizadas para conocer las intenciones reproductivas de las mujeres unidas conyugalmente, a través de actitudes o prácticas concretas, respectivamente.

Los resultados por edad muestran que, como era posible suponer, son las mujeres jóvenes las que en una mayor proporción desean tener más hijos; sin embargo, un hallazgo significativo es que entre las mujeres colombianas menores de 20 años, un 30 por ciento no desea tener hijos y poco más del cuarenta por ciento de las mujeres entre 20 y 24 años en los dos países, declararon no desear más hijos.

A partir de los 25 años un mayor porcentaje de mujeres no desea tener más hijos y parece que en virtud de que muchas de ellas ya han logrado tener el número de hijos que desean, conforme se incrementa la edad en proporciones crecientes deciden esterilizarse.

Además de la edad de las mujeres el número de hijos tenidos incide sobre sus preferencias reproductivas como muestran los cuadros 8.16 y 8.17. Una vez que se tienen dos hijos, alrededor del 70 por ciento de las mujeres ya no desean más (71 por ciento en Colombia y 65 por ciento en México no desean tener más hijos) y una vez que se tienen tres hijos, más de cuatro mujeres de cada diez deciden esterilizarse.

Cuadro No. 8.14

COLOMBIA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGÚN EDAD.

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Total no desea más hijos	30.3	40.3	57.5	69.9	82.2	87.5	87.0	67.4
No desea más hijos	30.0	36.9	44.8	43.2	39.6	39.7	44.5	41.0
Esterilizada	0.3	3.4	12.7	26.7	42.6	47.8	42.5	26.4
Total desea más hijos	67.9	58.6	40.4	26.8	13.9	7.1	5.7	29.2
Desea otro hijo pronto*	17.4	14.6	16.4	16.0	11.0	6.3	5.2	12.6
Desea otro hijo más tarde**	50.5	44.0	24.0	10.8	2.9	0.8	0.5	16.6
Desea otro indecisa cuándo	0.0	0.1	0.2	0.3	0.9	0.6	0.0	0.4
Indecisa si desea o no	1.7	0.6	1.7	2.2	1.1	0.6	0.0	1.1
Se declaró infertil	0.0	0.4	0.2	0.7	1.8	4.2	7.3	1.9
Total	99.9	100.0	100.0	99.9	99.9	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

*Desea otro hijo antes de dos años

**Desea esperar dos años o más

Cuadro No. 8.15

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGÚN EDAD.

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Total no desea más hijos	17.3	40.9	55.4	70.1	86.8	83.1	77.7	64.4
No desea más hijos	17.2	36.5	41.0	38.5	36.0	44.4	40.8	37.9
Esterilizada	0.1	4.4	14.4	31.6	50.8	38.7	36.9	26.5
Desea más hijos	76.1	51.1	33.7	22.1	6.1	6.7	0.7	25.7
Desea otro indecisa cuándo	6.6	7.8	10.5	6.3	3.2	1.1	1.5	5.8
Se declaró infertil	0.0	0.3	0.6	1.5	3.8	9.1	20.2	4.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 8.16**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGÚN PARIDEZ.**

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	PARIDEZ			
	1 Hijo	2 Hijos	3 Hijos	4 Hijos y +
No desea más hijos	29.7	50.2	43.4	48.7
Esterilizada	1.7	19.9	42.9	44.7
Desea más hijos	65.1	26.7	10.5	4.4
Indecisa si desea o no	2.0	1.7	0.7	0.5
Se declaró infertil	1.5	1.6	2.5	1.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 8.17**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGÚN PARIDEZ.**

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	PARIDEZ			
	1 Hijo	2 Hijos	3 Hijos	4 Hijos y +
No desea más hijos	29.6	47.5	41.1	40.5
Esterilizada	0.7	17.9	35.7	46.4
Desea más hijos	60.4	25.2	13.4	5.1
Indecisa si desea o no	8.1	8.2	5.1	3.3
Se declaró infertil	1.2	1.2	4.7	4.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Este indicador analizado según nivel de escolaridad y sólo incluyendo como variable de control la edad de las mujeres, hace evidente el efecto del número total de hijos sobre las preferencias reproductivas. Al analizar cada grupo de edad, las mujeres que no fueron a la escuela o completaron sólo hasta tres años en la escuela, declararon en mayor porcentaje no desear más hijos, pero esto no significa que deseen pocos hijos o que incluso, hagan algo por controlar su fecundidad desde las primeras paridades, en realidad, ya no desean tener hijos porque han tenido ya un elevado número de hijos.

Sin embargo, cuando se controla el número de hijos que ha tenido una mujer, aparece claramente el efecto de la escolaridad sobre sus preferencias reproductivas en las primeras paridades y surgen importantes diferencias entre los países analizados. En el caso de Colombia,

entre las mujeres que tienen cuatro o más años de escolaridad una de cada cinco optan por la esterilización una vez que tienen un hijo, lo que no sucede en México en donde al tener sólo un hijo, pocas son las mujeres que deciden limitar su fecundidad definitivamente a través de la esterilización, independientemente de su escolaridad.

Los datos muestran que el efecto más notorio de la escolaridad se presenta en la decisión de esterilizarse y esto es mucho más claro en Colombia que en México.

Puede por tanto suponerse que la escolaridad influye sobre las preferencias reproductivas independientemente de la paridez alcanzada y que en la medida en que las mujeres cumplen su deseo de ser madres y en especial cuando tienen dos hijos, expresan mayoritariamente su deseo por no tener más hijos y cada vez más optan por esterilizarse.

Los datos muestran también que se está generalizando la idea de tener no más de dos hijos, ya que una vez que se alcanza esta paridad, la limitación definitiva de la fecundidad se incrementa considerablemente.

Cuadro No. 8.18

**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS,
SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

ESCOLARIDAD Y PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
0 a 3 años								
No desea más hijos	38.1	55.4	57.5	48.2	45.9	49.4	50.7	50.0
Esterilizada	1.6	4.2	20.1	35.6	39.5	37.1	36.5	30.0
Desea más hijos (SUMA 1+2)	58.7	39.9	20.7	13.1	11.4	7.7	5.9	16.2
(Desea otro hijo pronto*) 1	20.6	11.9	8.4	9.5	9.3	6.1	5.8	8.7
(Desea otro hijo más tarde**) 2	38.1	28.0	12.3	3.6	2.1	1.6	0.0	7.5
Desea otro indecisa cuándo	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.6	0.0	0.3
Indecisa si desea o no	1.6	0.5	1.7	2.2	0.3	1.0	0.0	0.9
Se declaró infertil	0.0	0.0	0.0	0.9	1.8	4.2	6.9	2.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
4 a 6 años								
No desea más hijos	29.4	43.5	51.8	47.2	36.3	34.4	47.4	42.9
Esterilizada	0.0	5.3	15.6	26.3	49.8	53.3	43.4	27.7
Desea más hijos (SUMA 1+2)	68.9	49.2	31.1	23.3	11.2	7.4	4.6	26.5
(Desea otro hijo pronto*) 1	16.8	13.3	12.6	13.3	7.7	7.4	4.0	10.9
(Desea otro hijo más tarde**) 2	52.1	35.9	18.5	10.0	3.5	0.0	0.6	15.6
Desea otro indecisa cuándo	0	0	0.3	0.6	0	0.4	0	0.2
Indecisa si desea o no	1.7	0.7	1.2	2.4	1.5	0.4	0.0	1.2
Se declaró infertil	0.0	1.3	0.0	0.2	1.2	4.1	4.6	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y más								
No desea más hijos	25.9	26.1	38.2	38.9	37.6	34.3	33.0	35.0
Esterilizada	0.0	1.9	9.4	23.7	40.3	53.9	49.7	23.5
Desea más hijos (SUMA 1+2)	71.5	71.1	49.9	34.2	17.2	6.2	6.3	37.9
(Desea otro hijo pronto*) 1	16.1	16.3	20.2	20.0	13.9	5.6	4.7	15.7
(Desea otro hijo más tarde**) 2	55.4	54.8	29.7	14.2	3.3	0.6	1.6	22.2
Desea otro indecisa cuándo	0	0.3	0.3	0.4	1.3	0.9	0	0.5
Indecisa si desea o no	2.6	0.6	1.9	2.0	1.6	0.3	0.0	1.3
Se declaró infertil	0.0	0.0	0.3	0.8	2.0	4.4	11.0	1.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

*Desea otro hijo antes de dos años

**Desea esperar dos años o más

Cuadro No. 8.19

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS,
SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

ESCOLARIDAD Y PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
0 a 3 años								
No desea más hijos	13.6	41.5	47.3	48.4	49.6	52.0	41.9	45.9
Esterilizada	0.5	6.1	19.6	32.7	36.8	32.3	37.3	29.6
Desea más hijos	81.2	44.0	23.3	13.6	6.4	8.5	0.4	14.4
Indecisa si desea o no	4.7	7.1	8.4	3.7	4.8	1.5	0.6	3.6
Se declaró infertil	0.0	1.3	1.4	1.6	2.4	5.7	19.9	6.5
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.10	100.00
4 a 6 años								
No desea más hijos	12.1	29.3	40.8	35.0	45.0	39.1	47.0	36.7
Esterilizada	0.0	8.1	8.2	30.8	45.0	41.1	31.1	25.2
Desea más hijos	83.4	59.4	35.0	20.8	5.8	7.2	0.2	27.4
Indecisa si desea o no	4.5	2.9	15.3	12.0	3.0	1.2	3.6	6.9
Se declaró infertil	0.0	0.3	0.7	1.4	1.2	11.4	18.1	3.8
Total	100.00	100.0	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7 años y más								
No desea más hijos	25.1	39.8	39.5	37.9	19.5	38.3	24.5	34.9
Esterilizada	0.0	2.0	16.1	31.9	64.9	47.8	47.7	25.9
Desea más hijos	64.9	47.4	35.5	26.1	6.2	1.9	2.5	30.0
Indecisa si desea o no	10.0	10.6	8.6	2.5	2.3	0.1	0.0	6.1
Se declaró infertil	0.0	0.2	0.3	1.6	7.1	11.9	25.3	3.1
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 8.20

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGÚN PARIDEZ Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD Y PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	PARIDEZ			
	1 Hijo	2 Hijos	3 Hijos	4 hijos y +
0 a 3 años				
No desea más hijos	42.5	48.2	52.0	54.1
Esterilizada	1.7	19.4	31.9	38.6
Desea más hijos	51.6	27.1	12.2	4.9
Indecisa si desea o no	0.9	1.9	2.9	0.4
Se declaró infertil	3.3	3.6	2.0	2.0
Total	100.0	100.2	101.0	100.0
4 a 6 años				
No desea más hijos	32.1	52.3	47.4	44.9
Esterilizada	1.6	17.5	36.7	50.1
Desea más hijos	63.1	27.0	13.7	3.5
Indecisa si desea o no	1.9	2.0	0.2	0.6
Se declaró infertil	1.3	1.2	2.0	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y más				
No desea más hijos	26.7	49.8	36.9	41.0
Esterilizada	1.8	21.2	52.4	51.4
Desea más hijos	68.2	26.2	7.4	4.3
Indecisa si desea o no	2.2	1.5	0.4	0.9
Se declaró infertil	1.2	1.3	2.9	2.4
Total	100.1	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 8.21

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES EN UNIÓN POR PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS, SEGUN PARIDEZ Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD Y PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	PARIDEZ			
	1 Hijo	2 Hijos	3 Hijos	4 Hijos y +
0 a 3 años				
No desea más hijos	19.8	51.7	46.6	47.9
Esterilizada	0.4	15.8	27.5	36.8
Desea más hijos	70.1	24.4	18.7	4.8
Indecisa si desea o no	4.3	4.6	5.0	3.1
Se declaró infertil	5.4	3.5	2.2	7.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
4 a 6 años				
No desea más hijos	25.4	49.8	38.8	39.9
Esterilizada	2.4	8.5	26.4	44.8
Desea más hijos	69.5	26.7	18.3	7.0
Indecisa si desea o no	1.8	13.9	9.3	4.9
Se declaró infertil	0.9	1.1	7.2	3.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y más				
No desea más hijos	32.4	45.6	41.5	24.2
Esterilizada	0.1	22.4	48.9	72.8
Desea más hijos	55.6	24.8	6.1	1.3
Indecisa si desea o no	11.1	6.5	0.5	0.2
Se declaró infertil	0.8	0.7	3.0	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

8.6. Tamaño ideal de familia y fecundidad acumulada. Fecundidad no deseada.

Al relacionar el número de hijos deseados con el número de hijos tenidos es claro ver que las mujeres jóvenes que no han completado su familia, desean completarla con un número superior a dos, mientras que aquellas que aún no son madres desean tener dos y por tanto, están en la ruta para alcanzar su meta reproductiva, por lo que es posible suponer que un próximo embarazo que se concrete en un nacimiento será un hijo deseado. En contraste, las mujeres de mayor edad que ya han completado su familia, expresan el deseo de tener menos hijos de los que tuvieron y esta diferencia entre los hijos que han tenido y los que hubieran querido tener, constituye lo que se ha denominado “fecundidad no deseada”.

Si observamos lo que sucede entre diversos grupos de mujeres clasificadas según su edad y su nivel de escolaridad y si además comparamos la situación entre los dos países analizados, surgen preguntas claves, cuyas respuestas pueden ayudar a explicar el origen de las diferencias entre fecundidad alcanzada y fecundidad ideal e indagar lo que hacen las mujeres para alcanzar

el número de hijos que desean. Ahora bien, a partir de los objetivos de este texto y los resultados obtenidos al analizar los datos disponibles, parece que la educación de la mujer daría algunos elementos clave para entender la magnitud de la fecundidad no deseada y su evolución entre las generaciones.

Los resultados del cuadro No. 8.22 ilustran muy bien la manera en la cual conforme se incrementa la edad de las mujeres y por tanto, avanzan en su carrera reproductiva, el número de hijos que tienen no sólo se acerca al número ideal, sino que entre algunos grupos lo supera de manera significativa.

Un primer resultado que ya se ha comentado con anterioridad al observar a las generaciones, es que las mujeres de mayor edad han declarado desear más hijos que las mujeres más jóvenes, pero además, en los tres grupos de edad en los que han sido clasificadas las mujeres en el cuadro No.8.22, de manera sistemática el número ideal de hijos es menor conforme aumenta el nivel de escolaridad y las diferencias entre fecundidad total y fecundidad deseada se incrementan con la edad de la mujer, especialmente entre los grupos con menor escolaridad, hasta llegar a ser en el extremo de dos hijos en el caso de México y más de dos hijos en Colombia.

Cuadro No. 8.22

MÉXICO Y COLOMBIA: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y PROMEDIO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES UNIDAS, POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

GRUPOS DE EDAD ESCOLARIDAD	MEXICO		COLOMBIA	
	PHNV	PROM. IDEAL	PHNV	PROM. IDEAL
15 a 29 años				
0 a 3 años	2.5	3.2	2.4	2.7
4a 6 años	1.9	3.0	1.9	2.3
7 años y más	1.5	2.5	1.3	2.3
Total	1.7	2.8	1.7	2.4
30 a 39 años				
0 a 3 años	4.8	4.2	4.3	3.4
4a 6 años	4.0	3.6	3.3	2.8
7 años y más	2.7	3.0	2.3	2.6
Total	3.6	3.5	3.1	2.8
40 a 49 años				
0 a 3 años	6.7	4.9	5.4	3.5
4a 6 años	4.8	3.9	4.2	3.1
7 años y más	2.8	2.9	2.9	3.0
Total	5.3	4.2	4.3	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Es interesante observar que si cada vez hay mayor coincidencia en el número ideal de hijos según nivel de escolaridad, el diferencial que se hace evidente es el que se origina en la fecundidad no deseada, por lo que en la medida en que éste se modifique las diferencias en la fecundidad según escolaridad tendrán que disminuir.

Por otra parte, ¿cómo explicar estas diferencias en la fecundidad no deseada? o en otras palabras, ¿qué estrategia siguen las mujeres para lograr que sus ideales de fecundidad se concreten?

Es posible suponer que para lograr tener los hijos que se desean, uno de los factores fundamentales lo constituye el uso de anticonceptivos. El cuadro No.8.23 hace referencia al uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas según edad y nivel de escolaridad, reproduciendo la clasificación del cuadro anterior. Las diferencias en los porcentajes de usuarias de anticonceptivos según nivel de escolaridad, no parecen suficientes para explicar las diferencias en la fecundidad no deseada y esto es así, porque entre las mujeres con menores niveles de escolaridad, como se ve a través de los datos sobre uso de anticonceptivos, la incorporación a la práctica anticonceptiva se produce una vez que éstas mujeres tienen un promedio mayor de hijos que aquellas más escolarizadas.

Las diferencias en la paridez promedio que tienen las mujeres cuando usan anticonceptivos por primera vez, aparecen desde el primer grupo de edad y en Colombia los datos muestran que proporciones significativas de las mujeres menores de 30 años y con siete o más años de escolaridad empiezan a usar anticonceptivos antes de tener un primer hijo, mientras en México este mismo grupo se inicia en la práctica anticonceptiva cuando tienen en promedio un hijo.

Este inicio diferencial de la anticoncepción según escolaridad es cada vez mayor entre las mujeres de más edad, hasta ser de más de tres hijos en el caso de México, lo que permite entender porqué razón el número total de hijos supera el número ideal, en la medida en que las mujeres sólo empiezan a controlar su fecundidad una vez que tienen un elevado número de hijos. Además, es posible suponer que el inicio de la anticoncepción no implica el uso de métodos efectivos y sólo hay una limitación real de la fecundidad cuando las mujeres optan por la esterilización y entre las mujeres menos escolarizadas se accede a este método cuando se tienen muchos hijos y los datos de las encuestas lo hacen evidente.

Cuadro No. 8.23**PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

GRUPOS DE EDAD ESCOLARIDAD	COLOMBIA	MÉXICO
15 a 29 años		
0 a 3 años	0.548	0.478
4a 6 años	0.650	0.478
7 años y más	0.685	0.683
Total	0.651	0.592
30 a 39 años		
0 a 3 años	0.748	0.697
4a 6 años	0.810	0.768
7 años y más	0.822	0.799
Total	0.801	0.768
40 a 49 años		
0 a 3 años	0.658	0.530
4a 6 años	0.735	0.684
7 años y más	0.793	0.754
Total	0.725	0.627

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

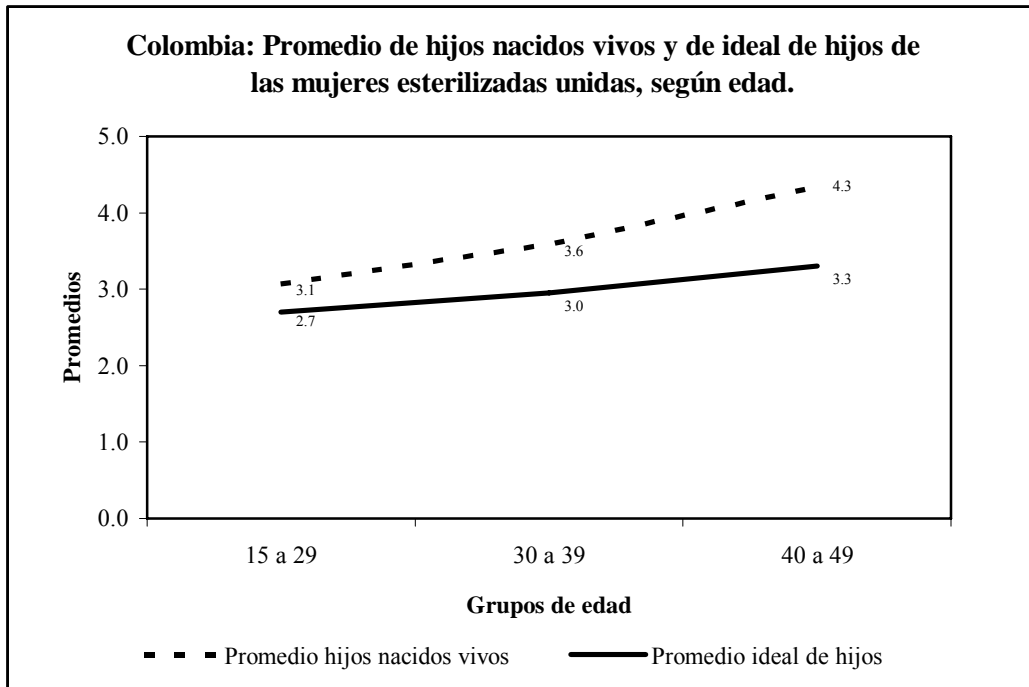
Cuadro No. 8.24**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS
AL USAR POR PRIMERA VEZ ANTICONCEPTIVOS, POR GRUPOS
DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.
(ACTUALMENTE USUARIAS)**

GRUPOS DE EDAD ESCOLARIDAD	COLOMBIA	MÉXICO
15 a 29 años		
0 a 3 años	1.2	1.7
4a 6 años	0.9	1.6
7 años y más	0.6	1.0
Total	0.7	1.2
30 a 39 años		
0 a 3 años	2.1	3.6
4a 6 años	1.4	2.6
7 años y más	0.8	1.7
Total	1.2	2.4
40 a 49 años		
0 a 3 años	2.8	5.1
4a 6 años	1.9	2.7
7 años y más	0.9	1.8
Total	1.8	3.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

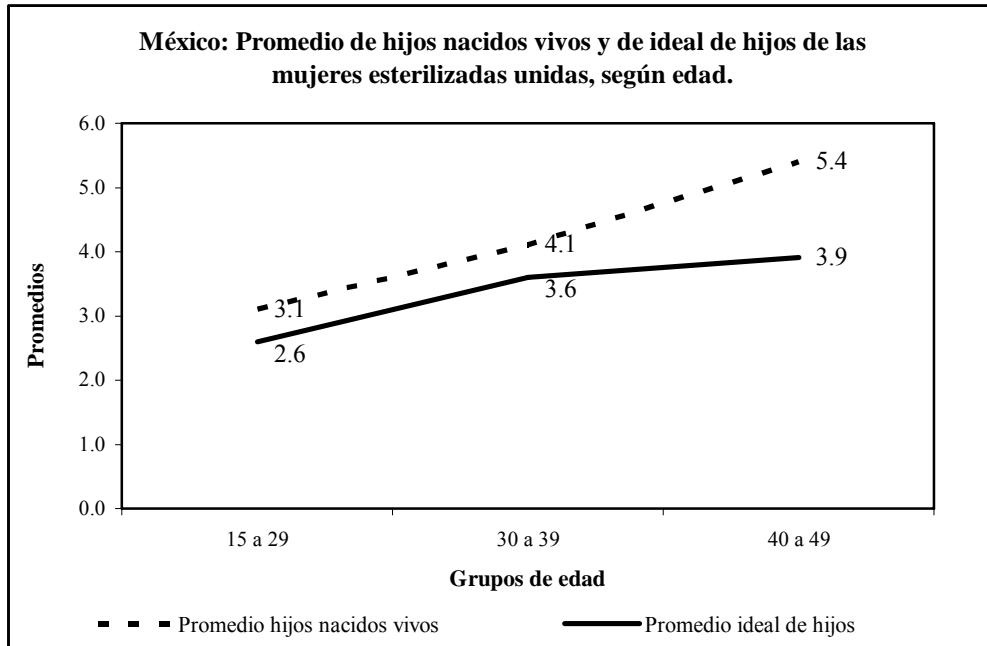
Del total de mujeres unidas, 35 por ciento en el caso de Colombia y 40 por ciento en el caso de México, optaron por la esterilización como método definitivo para planificar su familia. Sin embargo, es muy claro que las mujeres esterilizadas deseaban tener menos hijos de los que han tenido y esto explica por qué optaron (aunque tardíamente) por la esterilización para limitar definitivamente su descendencia. Además, las gráficas Nos 8.6 y 8.7 muestran que en la medida en que la edad de la mujer es mayor, la brecha entre número total de hijos y número ideal se va ampliando hasta llegar a ser de casi un hijo en Colombia y de 1.6 hijos en México.

Gráfica No. 8.6



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Gráfica No. 8.7

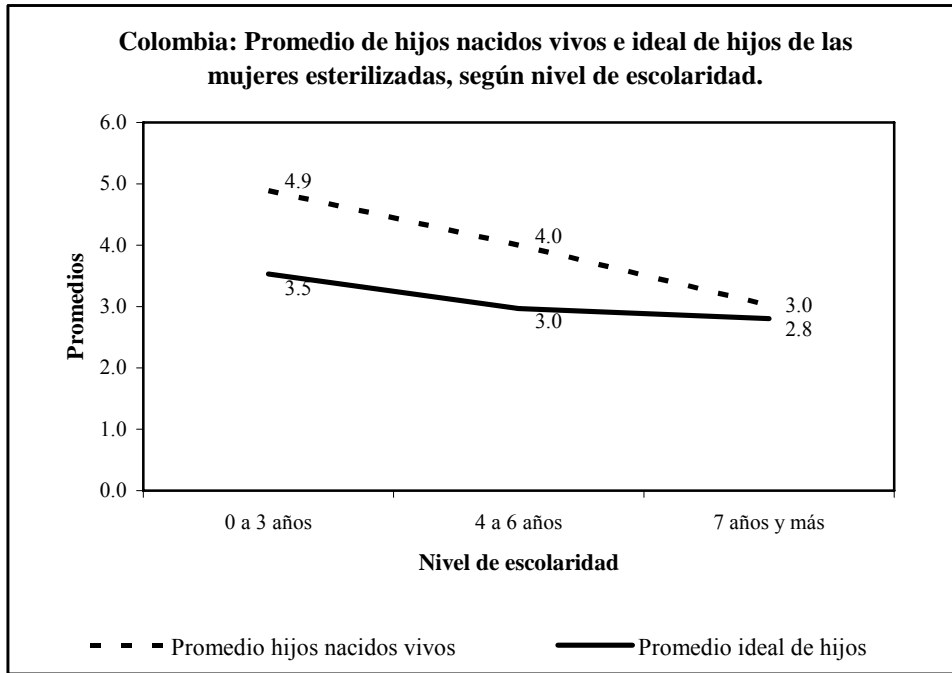


Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

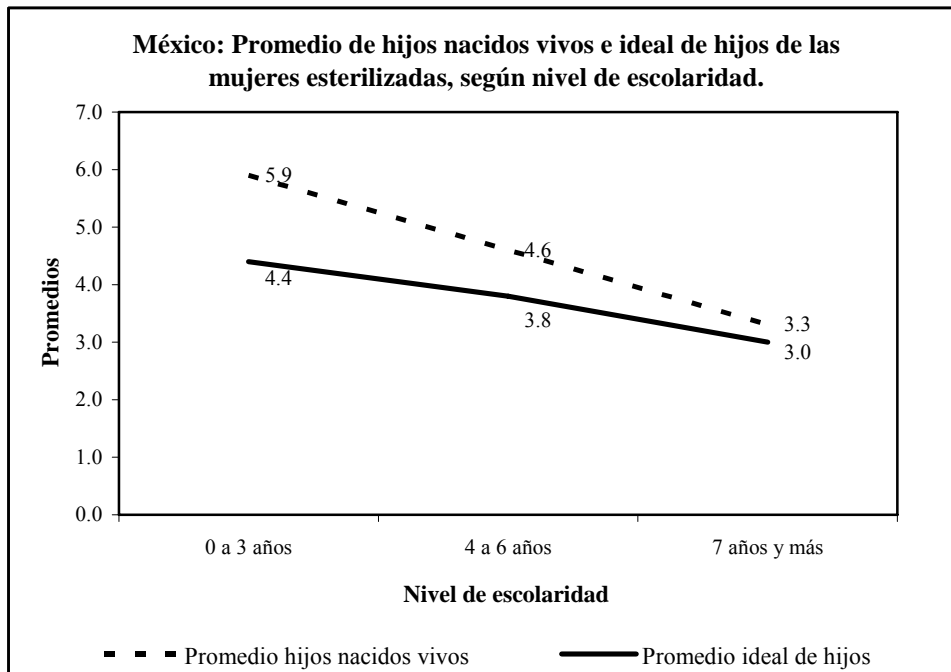
Respecto a la escolaridad de este grupo de mujeres esterilizadas y su relación con el tamaño ideal de familia, se observa claramente que la brecha entre hijos tenidos e hijos deseados es más amplia entre las mujeres menos escolarizadas que las más escolarizadas; se puede suponer que las mujeres con mayor nivel educativo deciden esterilizarse cuando logran su número ideal de hijos, en tanto que entre las menos escolarizadas hay otros factores que impiden que ellas tomen la decisión de limitar definitivamente el tamaño de su familia.

En los dos países el comportamiento es similar, aunque la diferencia radica en el hecho de que, tanto el promedio de hijos nacidos vivos como el promedio del número ideal de hijos de las mujeres mexicanas son más elevados que el de las mujeres colombianas.

Gráficas Nos. 8.8 y 8.9



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.



Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

8.7. Número ideal de hijos y sexo de los hijos.

Se ha planteado que otro factor que incide en el número de hijos deseados es el sexo de los hijos que se han tenido hasta el momento de manifestar este deseo (McClelland, 1979; Cleland, 1983) ya que en nuestra sociedad, sigue existiendo la norma de que lo ideal es tener dos hijos: uno de sexo femenino y otro de sexo masculino; cuando este ideal no se cumple, las posibilidades de querer tener más hijos son mayores.

Con el fin de probar este supuesto se realizó un análisis de la probabilidad de tener el tercer hijo, entre los distintos grupos educativos, teniendo en cuenta el sexo del primero y segundo hijo, para las mujeres de 35 años o más años ya que a esta edad completaron, o están a punto de completar su fecundidad.

Un dato importante a destacar es que las mujeres en México tienen una probabilidad más elevada de tener el tercer hijo que en Colombia y se explica porque el descenso de la fecundidad ha sido mayor en Colombia y las mujeres colombianas declaran un menor número ideal de hijos que las mexicanas.

Cuadro No. 8.25

**PROBABILIDAD DE TENER EL TERCER HIJO
SEGÚN SEXO DE LOS HIJOS PREVIOS
DE LAS MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS**

SEXO DE LOS HIJOS PREVIOS	MÉXICO	COLOMBIA
Hombre-hombre	0.924	0.774
Mujer-Mujer	0.880	0.772
Ambos sexos	0.879	0.763
TOTAL	0.875	0.768

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

Como se anotó anteriormente se ha pensado que el tener el tercer hijo se asocia con el sexo del primer y segundo hijo; en otras palabras, se supone que cuando se tienen dos hijos del mismo sexo es probable que se busque tener un tercero, con el deseo de que sea de otro sexo para tener hijas e hijos. Sin embargo, los datos muestran que en los dos países las diferencias observadas no permiten afirmar en forma concluyente que la probabilidad de tener el tercer hijo es mayor cuando se tienen sólo niñas o sólo niños; aunque los datos parecen indicar que cuando

se tiene dos hijos hombres hay más probabilidad de tener el tercero, lo que implicaría que ya existe otra valoración respecto a tener una hija.

En todos los grupos educativos, no hay una relación sistemática que haga evidente que el sexo de los dos primeros hijos afecte las probabilidades de tener un tercer hijo. Por lo que es posible suponer que ha quedado atrás la época en la cual la búsqueda de un hijo varón podía explicar la elevada fecundidad de las parejas cuando sus primeros embarazos resultaban en nacimientos sólo de mujeres.

Cuadro No. 8.26

PROBABILIDAD DE HABER TENIDO UN TERCER HIJO, DE LAS MUJERES DE 35 AÑOS O MÁS, SEGÚN SEXO DEL HIJO ANTERIOR POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

SEXO DEL HIJO	NIVEL DE ESCOLARIDAD					
	0 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +	
	MÉXICO	COLOMBIA	MÉXICO	COLOMBIA	MÉXICO	COLOMBIA
Hombre-hombre	0.906	0.766	0.963	0.766	0.890	0.781
Mujer-mujer	0.832	0.737	0.960	0.796	0.826	0.770
Ambos sexos	0.949	0.752	0.904	0.733	0.733	0.781

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

8.8. La valoración de los hijos, el nivel de escolaridad y los ideales reproductivos.

Después de haber constatado la existencia de diferencias en el número de hijos deseados según nivel de escolaridad, es posible indagar las actitudes de las mujeres respecto al papel que juegan los hijos en la vida de ellas a través de algunas preguntas que se incluyeron en el caso del cuestionario aplicado en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar en México. Lamentablemente, esta información sólo puede ser analizada para el caso de México, pues la encuesta de Colombia no incluye preguntas para investigar este tema acerca de la valoración de los hijos.

Como ha sido mencionado en apartados anteriores, los elevados niveles de fecundidad observados históricamente hasta la segunda mitad del siglo XX en países como Colombia o México, se trataron de explicar relacionando entre otros factores, la utilidad que tiene una familia numerosa para la sobrevivencia del grupo a través de la participación de los hijos en la actividad económica desde muy pequeños, en épocas en las cuales la familia constituía una unidad productiva y como tal, a su funcionamiento contribuían todos sus miembros, desde el más joven

hasta el más viejo. Otro argumento para explicar la persistencia de elevados nivel de fecundidad, identificaba el papel de los hijos como seguro de los padres al llegar a la vejez. Este argumento en su forma más elaborada llevó a plantear a Caldwell (1976, 1977) la funcionalidad de determinado tamaño de familia en relación con el flujo de riqueza entre las generaciones y a mostrar como se genera un deseo por tener menos hijos y la fecundidad en última instancia descende, cuando el flujo de riqueza se modifica y las transferencias (ampliadas) que los padres esperaban de sus hijos no pueden sostenerse y cada hijo adicional representa cada vez mayores costos, entre otras cosas, porque en las sociedades que se modernizan es necesario gastar en la educación de los hijos.

Con estas premisas, es posible suponer que conforme una sociedad se transforma las razones para tener hijos cambian, pero si bien esto se puede observar a través de una visión longitudinal por medio de una serie de observaciones de lo que sucede en un país, es viable analíticamente percibir de qué manera la estructura social incide sobre las razones para tener cierto número de hijos, cuando clasificamos a la población según sus características socioeconómicas entre las cuales se encuentra el nivel de escolaridad, por la estrecha relación de esta característica con la conducta reproductiva como se ha mostrado a lo largo de este trabajo.

La encuesta aplicada en México (ENAPLAF-95), en la sección denominada Factores Asociados al Comportamiento Reproductivo, incluyó la pregunta: “Para las mujeres, tener hijos es importante por varias razones. En su opinión, ¿Cuál es la razón más importante?”.

Los resultados para el total de mujeres unidas que se presentan en el cuadro No. 8.27 , muestran que son razones emocionales, las que parecen estar detrás del deseo de tener hijos; razones que tienen que ver tanto con la realización de la propia mujer, como el hecho de que “los hijos unen a la pareja”.

La hipótesis de que las mujeres tienen hijos porque seguramente en la vejez ellas recibirán ayuda y apoyo de ellos, o porque ayudan en el trabajo doméstico parece no tener sustento entre la población femenina en general en años recientes. En otras palabras, como se anotaba anteriormente las razones son más de tipo emocional ya que los hijos representan compañía y como una forma de mantener la estabilidad conyugal, así como gratificación personal.

Cuando se analizan las razones para tener hijos según nivel de escolaridad, a pesar de que las razones de índole emocional siguen predominando en los tres grupos en que se ha clasificado

a las mujeres, se observan algunas diferencias, ya que tener hijos “para realizarse como mujer”, es lo más importante para las mujeres más escolarizadas, pero no para las de menor escolaridad, para quienes el hecho de que los hijos “dan alegría y cariño” aparece como la razón más importante para tenerlos y en seguida los hijos como seguro en la vejez aparece como una razón también importante que en este grupo.

A pesar de que entre las razones para tener hijos, las que pueden estar relacionadas con situaciones de origen económico no aparecen como las más mencionadas, cuando se estima el promedio ideal de hijos y se relaciona con estas razones, quienes consideran que los hijos constituyen una ayuda económica, presentan también el promedio ideal de hijos más elevado, (5.2); lo que se observa también entre quienes mencionaron como razón más importante para tener hijos, el hecho de que éstos ayudan en el trabajo doméstico. Al introducir además el nivel de escolaridad, aparece más claramente esta situación entre las mujeres con menores niveles de escolaridad.

Así, cuando se relaciona el promedio ideal de hijos con las razones para tenerlos, los números más elevados de hijos aparecen asociados a las mujeres que mencionaron razones económicas como las más importantes. Los resultados muestran la asociación entre escolaridad, razones para tener hijos y número ideal de hijos, de tal manera que es posible suponer que la educación modifica los ideales de fecundidad a través de las actitudes relacionadas con la valoración de los hijos y esto parece a su vez estar relacionado con la fecundidad total.

Para concluir este capítulo, se ha tratado de buscar una posible relación entre grado de autonomía de la mujer medido a partir de la información de la encuesta que muestra la forma en que se toman las decisiones en la pareja conyugal, el nivel de escolaridad y el número ideal de hijos, clasificando a las mujeres en cinco grupos, de acuerdo con su grado de autonomía respecto a decisiones que tienen que ver con la reproducción y la vida familiar según un índice creado con este propósito. Los resultados se presentan en el cuadro 8.30.

Como se ha supuesto a lo largo de este trabajo, el nivel de escolaridad está relacionado con el nivel de autonomía de la mujer en la toma de decisiones y lo que es especialmente significativo es que las mujeres en cada nivel de escolaridad muestran un número ideal de hijos claramente diferenciado según su grado de autonomía y lo que es más importante, es que a niveles similares de autonomía, conforme se incrementa la escolaridad de la mujer, el promedio en el número ideal de hijos, disminuye de tal manera que la interacción entre autonomía y

escolaridad muestra el efecto más significativo de ésta última sobre las preferencias reproductivas.

Cuadro No. 8.27

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS
DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN RAZON PARA TENER HIJOS**

RAZÓN PARA TENER HIJOS	PORCENTAJE
Es destino de toda mujer	6.1
Dan seguridad en la vejez	5.3
Brindan compañía	13.8
Dan alegría y cariño	19.0
Para realizarse como mujer	20.2
Ayudan económicamente	1.8
Unen a la pareja	16.3
Los padres nunca están solos	4.4
Ayudan en el trabajo doméstico	0.3
Alguien a quien querer	5.1
Otro	7.2
No Informa	0.5
Total	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 8.28

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS DE
15 A 49 AÑOS, SEGÚN RAZÓN PARA TENER HIJOS Y NIVEL DE
ESCOLARIDAD**

RAZON PARA TENER HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +
Es destino de toda mujer	7.6	5.9	5.6
Dan seguridad en la vejez	7.9	5.9	3.6
Brindan compañía	17.4	13.9	11.9
Dan alegría y cariño	20.9	20.3	17.3
Para realizarse como mujer	9.5	17.1	28.3
Ayudan economicamente	5.1	1.8	0.2
Unen a la pareja	13.7	16.9	17.3
Los padres nunca están solos	5.8	5.9	2.4
Ayudan en el trabajo doméstico	1.2	0.2	0
Alguien a quien querer	6.2	6.3	3.7
Otro	4.7	5.8	9.7
No Informa			
Total	100	100	100

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 8.29

**MÉXICO: PROMEDIO DEL NÚMERO IDEAL DE HIJOS SEGÚN RAZONES
PARA TENER HIJOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
(Mujeres unidas)**

RAZON MAS IMPORTANTE PARA TENER HIJOS?	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Es destino de toda mujer	4.3	3.9	2.5	3.5
Dan seguridad en la vejez	3.9	3.3	2.9	3.4
Brindan compañía	4.7	3.7	3.1	3.7
Dan alegría, cariño	4.5	3.2	2.8	3.4
Para realizarse como mujer	3.7	3.1	2.5	2.8
Ayudan económicamente	6.1	4.0	2.7	5.2
Unen a la pareja	3.9	3.2	2.8	3.1
Los padres nunca estarán solos	3.7	4.2	2.8	3.7
Ayudan en trabajo doméstico	4.4	3.9	3.4	4.2
Tener a alguien a quien querer	4.6	3.4	2.3	3.4

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 8.30

**MÉXICO: PROMEDIO DEL NÚMERO IDEAL DE HIJOS, SEGÚN
GRADO DE AUTONOMÍA Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.
(Mujeres unidas)**

GRADO DE AUTONOMÍA	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Muy baja autonomía	4.7	3.7	2.9	3.7
Baja autonomía	4.4	3.4	2.7	3.4
Autonomía media	3.8	3.4	2.6	3.1
Alta autonomía	3.3	3.3	2.8	3.0
Muy alta autonomía	3.4	3.2	2.5	2.8
TOTAL	4.3	3.5	2.7	3.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

CAPÍTULO 9: EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

9.1. Antecedentes

La intención de limitar la fecundidad ha estado presente en la historia de la humanidad y se ha hecho patente con mayor o menor intensidad en cada época y en cada sociedad con prácticas diferenciadas entre grupos sociales. Como ha sido documentado por diversos autores (Netter y Rozenbaum, 1985; ASCOFAME, 1972.; Welti, 1984) las mujeres tenían acceso a prácticas para no tener hijos en función de los recursos económicos a su alcance pero, especialmente por la información que obtenían acerca de la existencia de éstos métodos⁴⁵. En épocas del pasado remoto en que para las mujeres la educación estaba limitada a los niveles más elementales y los métodos muy reducidos en número, no puede decirse que ésta fuera una variable asociada a la práctica de la limitación de los nacimientos, sin embargo, la aparición de la anticoncepción moderna, (Echeverry,1991; Martínez, 1994; Duran, 2002) que surge en paralelo con procesos sociales que transforman a la sociedad, como por ejemplo, el incremento de la escolaridad de la población femenina, permite constatar la existencia de una clara asociación de la práctica de la anticoncepción con las características socioeconómicas de las mujeres y en especial con su nivel de educación. Esto se hace evidente con la observación de grandes diferencias en la prevalencia de uso de estos métodos, que si bien se ha modificado con el paso del tiempo, permite sostener que aún en la actualidad, las mujeres con más educación son también las mujeres que en mayor porcentaje usan anticonceptivos.

Independientemente del hecho de que la limitación de los nacimientos es una decisión que se toma a nivel individual y que su demanda responde a las características y condiciones de la persona o la pareja conyugal y que son las mujeres quienes asumen como una reivindicación el control de su fecundidad, el desarrollo de métodos efectivos constituye el resultado de la ciencia aplicada a resolver los problemas que se supone asociados al crecimiento de la población. Ante las preocupaciones cada vez más generalizadas acerca de la dificultad de lograr el desarrollo de

⁴⁵ A mediados de la época de los años sesenta muy pocas personas conocían los métodos para regular la fecundidad, casi exclusivamente era del conocimiento de las clases media alta y alta de la sociedad. El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales experimentadas desde la década anterior, favorecía a las familias numerosas. El marco jurídico que prevalecía, producto de muchos años de políticas pronatalistas, imponía fuertes restricciones a la población para acceder al conocimiento y a los medios de anticoncepción. (Durán, 2002)

un país con elevadas tasas de crecimiento demográfico o en el extremo, el peligro que representa este crecimiento para el futuro de la humanidad. En una clara visión maltusiana la anticoncepción moderna responde a demandas sociales que se modifican con el paso del tiempo.

Con la disminución de la mortalidad, aparece un escenario en el cual en un horizonte cada vez más cercano se percibe un desequilibrio extremo entre demandas de la población y disponibilidad de recursos. Esta idea se difunde cada vez con mayor profusión con el inicio de la segunda mitad del siglo XX, de ahí que en aquellos años se generaliza la idea de actuar sobre el crecimiento demográfico, poniendo a disposición de grandes núcleos de la población los métodos para limitar su reproducción.

Conforme avanza el siglo XX, es cada vez más claro que las mayores tasas de crecimiento demográfico en los países subdesarrollados, asociadas a elevadas tasas de fecundidad y que representan niveles cercanos a lo que Henry denominó “fecundidad natural”, que se presentan en poblaciones que no limitan su número de hijos, corresponden a los grupos socioeconómicos en condiciones más desfavorables.

A pesar de la larga historia de la anticoncepción ésta, hasta antes de la llegada de los métodos modernos, no era ni efectiva ni su uso era generalizado. En los países que mostraban una baja fecundidad, el reducido número de hijos que las mujeres procreaban se explicaba más por una elevada edad al matrimonio y la incidencia del aborto, e incluso por la práctica del infanticidio y menos por el uso de anticonceptivos. Estos métodos, en el mejor de los casos eran utilizados por las clases económicamente mejor ubicadas y por las mujeres más informadas, que sabían de su existencia y tenían acceso a ellos. La práctica del retiro, por ejemplo, no era algo que pudiera observarse entre los grupos mayoritarios y el uso del condón era muy limitado.

Puede hablarse de un comportamiento reproductivo diferencial entre las clases sociales que se reflejaba en el número total de hijos, pero la anticoncepción hasta décadas recientes no era un factor que pudiera explicar las diferencias en la fecundidad.

En cada país y en el mundo en general, los grupos con menor educación, residentes en áreas carentes de servicios, con los empleos más mal remunerados, o habitantes de las viviendas más precarias, es decir, los pobres, eran los que se reproducían más rápido y simplemente por este sólo hecho, se les podía percibir como un factor de desequilibrio social que cuyo crecimiento había que limitar ante la posibilidad de que sus demandas pusieran en riesgo la estabilidad social.

La referencia a los elevados niveles de crecimiento demográfico como obstáculo al desarrollo apareció en el discurso político a partir de los años sesenta en Colombia y México. El descenso acelerado de la mortalidad hizo que el determinante de este crecimiento lo constituyera una tasa de natalidad que alcanzó cifras de poco más de 45 nacimientos por mil habitantes (López Toro, 1968; Welti, 1990).

Como ya se mencionó en otro apartado, la información disponible generada por las primeras encuestas especializadas, mostraba que los niveles de fecundidad de la población además de ser elevados eran claramente diferenciados según características como el tamaño de la localidad de residencia o el nivel de escolaridad de las mujeres, de tal manera que en las localidades de menor tamaño y entre las mujeres menos escolarizadas, el número total de hijos se acercaba al máximo posible que presentan las poblaciones que no controlan su fecundidad (García y Garma, 1979).

Esta era la situación a finales de la década de los años 60 y diversas iniciativas que se presentaron en el marco de las organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, tenían como objetivo llamar la atención sobre el papel del crecimiento demográfico en el desarrollo de cada país y sobre la necesidad de estudiar con detenimiento las actitudes de la población en relación con el elevado nivel de fecundidad.

Parecía cada vez más importante conocer las motivaciones de la gente para tener determinado número de hijos, ya que podía decirse que las opiniones de los individuos al respecto no habían sido tomadas en cuenta por los demógrafos al hacer sus proyecciones de la fecundidad y por lo tanto, no se consideraba la existencia de un actitud latente de la población por controlar su fecundidad que no se concretaba ante la falta de medios para lograrlo (Stycos, 1968).

La encuesta realizada en las principales ciudades de América Latina, incluidas la Ciudad de México y Bogotá (PECFAL-Urbano), además de permitir por primera vez una estimación de la fecundidad a partir de datos provenientes de la historia de embarazos de las mujeres, generó información sobre conocimiento y uso de anticonceptivos, e incluyó un número importante de preguntas sobre la percepción de la población entrevistada sobre el crecimiento demográfico, sobre ideales de fecundidad y secciones especiales dedicadas a indagar sobre el grado de empatía de los cónyuges en torno a relaciones domésticas y reproductivas y a construir una “escala de predisposición psicológica para el uso de anticonceptivos”. El hallazgo principal lo constituyó la

constatación de la existencia de una proporción importante de mujeres que no deseaban más hijos y que estaban interesadas en saber más sobre el uso de los métodos anticonceptivos. De aquí se infería la existencia de lo que en años posteriores se conceptualizaría como una "demanda insatisfecha de anticoncepción".

Mientras este era el panorama tanto en México como en Colombia y en un gran número de países de la región, en los que el uso de anticonceptivos era incipiente, en Puerto Rico la esterilización constituía un método exitoso para limitar los nacimientos. "Según un estudio que se efectuó en toda la isla, hacia 1965 se había esterilizado aproximadamente una tercera parte de todas las madres portorriqueñas de 20 a 49 años de edad" (ONU, 1973).

A principios de los años 70 y junto con la expansión de los programas de planificación familiar, hay una marcada insistencia de organismos internacionales en reducir el crecimiento de la población como condición para garantizar el éxito de los programas de asistencia económica.

En América Latina, una proporción importante de la investigación demográfica se dedica a estudiar la persistencia de los elevados niveles de fecundidad y sus diferencias entre grupos socioeconómicos con la intención de identificar el papel de las variables intermedias en el mantenimiento de elevados niveles de fecundidad.

Los trabajos presentados en la Conferencia Regional Latinoamericana de Población realizada en México en 1970 (IUSSP, 1972) son una muestra de los temas que más llaman la atención de los investigadores de la fecundidad y éstos se concentran en estimar la evolución de las tasas de fecundidad aprovechando para ello el gran volumen de información generado por los censos y las encuestas especializadas realizadas en varios países en los años 60.

En la segunda mitad de los años 70, el desarrollo de la Encuesta Mundial de Fecundidad como un gran proyecto de investigación comparativa internacional, lleva a confirmar el inicio de un descenso acelerado de la fecundidad entre la población que usaba anticonceptivos modernos.

Por cierto, el esquema de variables intermedias propuesto por Davis y Blake (1956) desde los años 50, que permite establecer las influencias de la estructura social sobre la fecundidad, al identificar cada uno de los factores que directamente afectan el proceso de reproducción, no es aplicado analíticamente sino hasta la década de los 70 ante la falta de información. Los datos que generó la Encuesta Mundial de Fecundidad, permitieron por primera vez cuantificar el peso de cada uno estos factores de manera sistemática.

Vale la pena recordar que este esquema constituye una aportación metodológica sustantiva al análisis de diversos fenómenos sociales que involucran la conducta humana y no sólo es aplicable a fenómenos demográficos. En el caso de la fecundidad, se desagrega la reproducción en tres etapas: el coito, la concepción y la gestación y el parto y se identifican los factores a través de los cuales “y sólo a través de los cuales” las condiciones culturales pueden influir sobre la fecundidad. A estos factores se les denomina variables intermedias.

Una revisión de los textos dedicados al análisis sociodemográfico de la fecundidad basados en la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad en los dos países objeto de estudio en este texto: Colombia y México, muestra dos líneas fundamentales de investigación, una de ellas lo es el análisis de la fecundidad diferencial según características socioeconómicas, presente en las investigaciones realizadas hasta finales de la década de los años 80 y la otra es la identificación de los factores determinantes del uso de anticonceptivos, que explicarían en proporción significativa las diferencias de fecundidad.

Además de los estudios de fecundidad diferencial, en uno de los análisis realizados para México con la información de la encuesta realizada en México en 1976, por Tsui y Welti (1981), se mostró que en el caso del uso de anticonceptivos, es la disponibilidad de éstos métodos lo que explica un porcentaje importante de las diferencias observadas en su uso a nivel de la localidad más que el conocimiento de éstos y entre las características socioeconómicas individuales, sobresale el nivel de escolaridad de las mujeres.

El esquema de variables intermedias ya mencionado, al ser formalizado en un modelo estadístico por Bongaarts (1978), permitió que en varios trabajos se estimara el aporte cuantitativo de variables como la nupcialidad, el amamantamiento de los hijos, el uso de los anticonceptivos y el aborto, sobre los niveles de fecundidad a partir de la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad (Ochoa y Richardson, 1982). Puede decirse que la conclusión que aparece en los trabajos que se realizaron con la información de esta encuesta, es que el uso de anticonceptivos ha sido el factor fundamental para explicar la baja acelerada de la fecundidad observable en las últimas décadas del siglo XX, iniciada primero entre mujeres residentes en localidades urbanas y con escolaridad por encima del promedio total y luego cada vez más generalizada conforme la anticoncepción se incorpora a la vida reproductiva de las mujeres.

9.2. Fundamentos teóricos para explicar el papel de la anticoncepción en las diferencias de la fecundidad.

La adopción de la práctica anticonceptiva ha sido abordada a partir de varios modelos analíticos; los cuales intentan explicar la influencia del sistema social en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Desde el punto de vista de la teoría de la modernización, el control deliberado de la fecundidad es la manifestación de un comportamiento moderno frente a uno tradicional, producto de la transformación de la sociedad que incorpora a los individuos a una existencia en la que los avances de la tecnología multiplican la productividad del trabajo en todos los sectores de la economía, amplían el conocimiento sobre múltiples aspectos de la sociedad que inciden no sólo en la cultura sino que ayudan a resolver problemas prácticos diversos y en la vida cotidiana permiten disfrutar de mayores comodidades y, entre otras situaciones relevantes, en lo demográfico, mejoran las condiciones de salud que se verán reflejadas en la ampliación de la esperanza de vida.

La decisión de tener un determinado número de hijos para maximizar el disfrute de los beneficios que ofrece la vida moderna, tanto para los padres como los hijos, es característica de personas para las cuales la limitación de la fecundidad forma parte de una estrategia de vida en la que las decisiones individuales tienen consecuencias para el futuro, ya que se ha dejado atrás una visión fatalista, en la cual los hechos suceden simplemente porque tienen su origen en condiciones sobre las que el ser humano tiene poca influencia o incluso, carece de control. Un comportamiento moderno deja de aceptar que “se tienen los hijos que Dios quiere” o una muerte infantil se produce porque “esa era la voluntad de Dios”.

Aunque las explicaciones basadas en la teoría de la modernización estuvieron en el origen de la investigación sociológica de la fecundidad en una proporción importante de los centros de investigación en el mundo y los trabajos desarrollados en Colombia y México lo reflejan, uno de los marcos teóricos que irrumpió en los años 70 y prevaleció durante mucho tiempo en la investigación demográfica en América Latina tiene como característica el hecho de considerar el sistema económico como aquel en donde se generan las determinaciones del comportamiento reproductivo. Como parte integrante de este sistema se identifican varias esferas de actividad o subsistemas: el subsistema de producción formado por las relaciones entre los individuos que

participan precisamente en la producción de bienes y servicios que son demandados por la sociedad, el subsistema de distribución y por último , pero no menos importante, el subsistema de consumo a través del cual en forma concreta, los diversos grupos sociales participan del disfrute de los bienes generados en la producción.

En este esquema analítico, se supone que la organización de la actividad económica es el origen de todo un sistema de valores e interpretaciones que constituyen la ideología y la conformación institucional que permite su funcionamiento. Pero además, entre ideología y organización institucional se dan una serie de influencias recíprocas de carácter complementario e incluso contradictorio, que hacen que en cualquier momento pueda darse una falta de correspondencia entre ambas. Es decir, ocurre que el entorno institucional se queda rezagado respecto a las necesidades de los individuos y son éstas las que transforman a las instituciones. Concretamente, en el nuevo ambiente demográfico en el cual la sobrevivencia de los hijos se amplía, las normas para fomentar una elevada fecundidad pierden sentido y las condiciones sociales de las mujeres que se transforman junto con la elevación de su escolaridad y su participación en la actividad económica le permiten asumir otros roles distintos al que gira en torno a la maternidad, por lo que se hace indispensable limitar el número de hijos.

En el bloque que representa la ideología se han identificado algunos de los aspectos más relevantes que concretan la influencia del sistema económico sobre la estructura familiar, como son la religión y los sistemas de socialización entre los que sobresale la educación como transmisión de valores y que moldean el comportamiento reproductivo.

En este modelo se plantea que el eslabón más cercano que incide sobre la práctica anticonceptiva es la estructura familiar, en donde la naturaleza de las relaciones conyugales, el tamaño de la familia y las relaciones de parentesco constituyen sus elementos centrales.

A pesar de las potencialidades analíticas de este esquema, su puesta a prueba en la investigación empírica no ha sido sencilla por la carencia de información que capte la complejidad de las relaciones entre las variables que forman parte del mismo. Esto explica que la intención de utilizar desde esta óptica la información de encuestas concebidas a partir de otro esquema de interpretación, haya tenido resultados muy limitados y refleje a final de cuentas otras formas de realizar análisis de la fecundidad diferencial poniendo especial énfasis en las condiciones económicas de los individuos. Esta perspectiva es quizá lo novedoso en los trabajos

realizados en América Latina en los años 70 para analizar sociológicamente a la fecundidad y por tanto, en forma distinta a la utilizada en años previos.

Desde décadas anteriores el análisis de los determinantes de la fecundidad en diversas regiones del mundo, había generado propuestas e hipótesis interesantes que no fueron puestas a prueba en países como Colombia o México. El denominado Estudio de Indianápolis realizado en 1941 fue el antecedente de los estudios de la fecundidad que más tarde se hicieron en la región, pero su efecto es perceptible en América Latina casi 20 años después. Los resultados de este estudio fueron sistematizados en un libro: Factores Sociales y Psicológicos que Afectan la Fecundidad de Whelpton y Kiser, (1946) y en sucesivos textos de los mismos autores publicados en 1950, 1952, 1954 y 1958. Los estudios realizados permitieron identificar tres condiciones necesarias para que en una sociedad la población adoptara la anticoncepción: a) existencia de medios y valores que explícitamente favorecieran un tamaño de familia menor al que existe sin anticoncepción; b) conocimiento de los medios para limitar la fecundidad y c) aceptabilidad social de este conocimiento.

Es a partir de una serie de propuestas teórico metodológicas y los resultados provenientes de la Encuesta Mundial de Fecundidad en 12 países, de la cual se hizo mención en párrafos anteriores, que en un trabajo de Naciones Unidas (United Nations, 1979), se propone y se pone a prueba otro modelo que identifica una serie de variables que inciden sobre el uso de la anticoncepción a través de la motivación para limitar el número de hijos. En este modelo se parte de una serie de factores socioeconómicos y demográficos que definen el proceso de control de la fecundidad a través del deseo de las parejas por tener determinado número de hijos y la capacidad potencial para lograr este control. Además de las características de los individuos, se supone que sobre esta capacidad actúa de manera significativa como variable exógena el acceso físico a la anticoncepción.

Si bien este modelo pretende sistematizar el estudio en conjunto de las variables que afectan el uso de anticonceptivos, en la práctica abordar el estudio de los determinantes sociales de la anticoncepción implica concentrarse en una parte muy específica del proceso a través del cual la estructural social influencia al individuo y por lo tanto, es necesario estudiar en detalle cómo se genera la motivación para que una pareja limite el tamaño de familia.

En este texto, después de tener contacto con diversas aproximaciones analíticas para estudiar a la fecundidad y sus determinantes directos, se decidió analizar el uso de

anticonceptivos a través de la interacción entre la oferta y la demanda de hijos y los factores que conforman el costo de la anticoncepción y que incluyen, no sólo el costo monetario, sino además el costo social que para el individuo implica en una sociedad como la latinoamericana, asumir conductas que no corresponden con el modelo tradicional que asigna a la mujer prioritariamente el rol de madre y esposa y confina las relaciones sexuales a servir a la reproducción. En el contexto de Colombia y México, una elevada fecundidad responde a condiciones sociales que limitan la capacidad de la mujer para asumir otros roles que no estén relacionados con la maternidad y las diferencias de género se hacen evidentes.

En los estudios sobre las relaciones de género se supone que la preeminencia de un sistema patriarcal tiende a impedir la transición de una alta a una baja fecundidad, al incidir en la decisión de la mujer de limitar su familia, porque el hombre en un sistema patriarcal recibe beneficios desproporcionados de tener una familia numerosa, ya que la carga del cuidado de los hijos recae sobre la mujer (Boserup, 1985; Caldwell, 1982; Folbre 1983). En contraste, en familias que son organizadas menos jerárquicamente, el cuidado de los hijos puede ser más balanceado, por lo tanto se tenderá a planificar el número de hijos que se quiere tener. Es decir, en familias con estructuras igualitarias se puede acelerar el descenso de la fecundidad, en la medida en que las intenciones reproductivas de ambos miembros de la pareja conyugal coinciden y se pueden concretar más fácilmente.

La existencia de ciertas condiciones en el espacio familiar que inciden sobre la limitación de la fecundidad implica también reconocer que a ello contribuyen variables exógenas como el establecimiento de un programa de planificación familiar, que facilite el acceso a los métodos para lograr determinado número de hijos, o el incremento de las oportunidades de empleo para la mujer, de tal manera que la posibilidad de que trabaje compita con su rol de madre. Desde esta perspectiva se reconoce el poder de la mujer dentro de la familia en la toma de decisiones respecto a su reproducción como una condición que facilita la transición de la fecundidad.

A través de una amplia gama de investigaciones se ha propuesto la existencia de una multiplicidad de factores para explicar los orígenes del control de la fecundidad como un proceso que involucra a la mayoría de la población. Algunos investigadores enfatizan la importancia que tiene, para cambiar los patrones reproductivos, el mejoramiento de la educación de la población, en especial de las mujeres, el incremento del costo de los hijos y el bajo beneficio que implica para los padres tener una familia numerosa, por lo que éstos se proponen limitar el número de

hijos y desde esta perspectiva se ubican en la estructura económica las condiciones que lo justifican, lo que se percibe a través del sentido que adquiere el flujo de riquezas intergeneracionales de padres a hijos (Caldwell, 1980).

Otros autores argumentan que los factores culturales tales como voluntad para innovar y los derechos de las mujeres pueden contribuir en la difusión del control de la fecundidad (Van de Walle y Knodel, 1980).

En las visiones analíticas para explicar los mecanismos que llevan al control de la fecundidad, estudios posteriores a los mencionados en el párrafo anterior, han enfatizado la importancia que tiene el estatus de la mujer y su rol en la toma de decisiones reproductivas para innovar y difundir la anticoncepción (Mason 1984, 1987; Gage 1995). Estos estudios hacen evidente que la mujer con mayor autonomía tiene mayores oportunidades de practicar la anticoncepción y en el origen de mayor poder y autonomía, aparece la educación de la mujer como el factor más importante en la adopción de la anticoncepción.

Con una mayor educación, las normas y los valores que motivan a las mujeres a tener un elevado número de hijos se debilitan y las condiciones generalmente asociadas al incremento de la educación femenina, acentúan la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos (Cochrane 1979; Mason, 1984, 1984; Caldwell 1980; Caldwell y Caldwell 1987; Njogu 1991; Gage 1995).

El estatus de la mujer y un involucramiento cada vez mayor en la toma de decisiones sobre su reproducción son importantes tanto para la difusión de la anticoncepción como para la reducción de la fecundidad (Chaudhury 1978; Mason 1984, 1987; Gage 1995).

Si bien la motivación para usar anticonceptivos juega un papel fundamental para la adopción de esta práctica, pasar de la motivación al uso, requiere de enfrentar los costos que ello representa y los obstáculos que se tienen que vencer para disponer de ellos. Los costos no sólo son económicos, aunque incluyen tanto el costo monetario de la compra del método que se elige como el costo de los servicios médicos que se utilizan; sin embargo, para efecto de este estudio los costos monetarios no es posible estimarlos, porque como ha sucedido en la mayoría de las encuestas sociodemográficas, se carece de información al respecto⁴⁶. Por otra parte, los costos

⁴⁶ La información sobre el costo de los anticonceptivos, el precio de la consulta o el gasto que las mujeres tienen que hacer para asistir a un lugar que les brinde atención en esta materia, se ha incluido en estudios muy específicos sobre evaluación operativa, pero no en las encuestas nacionales. Incluso, entre las posibles razones para no usar anticonceptivos, no se ha considerado el costo, probablemente porque a partir de la experiencia de las primeras encuestas las mujeres no mencionan que el costo de la

no monetarios se originan en la disposición de la capacidades para usar anticonceptivos y están relacionados con la educación y la autonomía que tiene la mujer para decidir sobre su reproducción. Los obstáculos o costos no monetarios, se refieren también a los problemas que encuentra la mujer para adquirir y adoptar la práctica anticonceptiva y que no pueden tener una expresión en términos de valores monetarios (Cleland, et, al. 1979, Speizer, 1999; Stephenson, et, al. 2004)

Un aspecto clave en la motivación de limitar la fecundidad al interior de la pareja está relacionado con el hecho de que la mujer tenga mayor independencia económica del hombre, lo que afecta las decisiones que pueda tomar y el valor de los hijos en el presente y el futuro de su vida. En este caso, el valor económico que los hijos tienen de acuerdo con la posición de la mujer, juega un importante rol en la transición de la fecundidad. Es decir, si la mujer tiene independencia económica, se podrá generar un cambio de ideas tendientes a reducir y limitar su fecundidad ya que por ejemplo, su seguridad en el futuro dependerá menos de contar con un elevado número de hijos que se hagan cargo de ella durante su vejez.

Si bien la autonomía de la mujer, es importante en la transición de la fecundidad porque elimina una serie de limitaciones que la llevan a cambiar su comportamiento, el acceso a la información sobre métodos cada vez más eficientes para limitar los nacimientos, constituye un factor que puede influir de forma determinante sobre su deseo de adoptar la planificación familiar.

Es posible afirmar que en el análisis de la práctica anticonceptiva una variable fundamental en la explicación del porqué las mujeres deciden planificar su familia, es sin duda la educación. La educación influencia tanto la toma de decisiones de las mujeres como sus niveles de autonomía a través de una serie de mecanismos: Primero, la educación da habilidades básicas para conocer el entorno más inmediato y enfrentar problemáticas cotidianas; incluso, dejar atrás la condición de analfabeta permite acceder a mayor información que la que es posible obtener cuando no se sabe leer, lo que le permite a la mujer tener conocimientos sobre fenómenos como la fecundación o la gestación o leer los mensajes que promocionan la anticoncepción. Segundo, la educación incide en la toma de decisiones al facilitar la identificación de varias alternativas para conseguir determinado fin, simplemente porque se

anticoncepción sea una razón significativa para no controlar su fecundidad. En la encuesta de México de 1995, se incluyó como razón de discontinuación en el uso del primer método: “no podía pagar el costo” y sólo el uno por ciento de las mujeres que dejaron de usar el primer método dio esta respuesta.

conoce que existen y en particular, la educación tiene un efecto multiplicativo ya que permite que el individuo ubique posibles fuentes de conocimiento que le proporcionan información para interactuar con su medio, con las instituciones y los individuos que lo componen (Castro y Juárez, 1995; Jejeebhoy, 1995).

En términos simples, la educación, influencia y facilita el acceso y el conocimiento de las mujeres a métodos modernos de planificación familiar. La educación permite mayor conocimiento sobre cómo y en dónde obtener los medios para regular la fecundidad. La educación también le brinda la posibilidad de conocer más acerca de la medicina moderna y entender la información técnica y acceder a información adicional sobre los métodos anticonceptivos, que eliminen o disminuyan los temores a los efectos colaterales de su uso.

Se puede establecer en forma resumida que respecto a la anticoncepción, la educación:

- permite mayor acceso a la información, introduce nuevas ideas y provoca cambios en actitudes hacia la anticoncepción y promueve nuevas pautas reproductivas.
- facilita entre las mujeres más educadas la toma de decisiones para planificar el número de hijos que quieren tener y el momento en el cual quieren tenerlos; es decir, ellas asumen un comportamiento en el cual el esposo o compañero conyugal puede participar en las decisiones o en otras no, e incluso deciden controlar su fecundidad sin el consentimiento de su pareja o la aprobación de la familia, en la medida en que se sientan seguras para actuar de acuerdo con su propio criterio. En la actualidad, los métodos anticonceptivos modernos permiten esta actitud independiente, ya que el uso de algunos de ellos no requiere siquiera del conocimiento del marido.
- posibilita que las mujeres educadas tengan relaciones conyugales en las que la comunicación sea más fluida. Se dice que la educación incrementa la comunicación en la pareja sobre las decisiones para tener determinado número de hijos, de tal manera que afecta la decisión para usar anticonceptivos (Cochrane, Lestie y O'hara, 1982); es decir, facilita una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones sobre la elección de métodos anticonceptivos que ella desea usar, incluyendo métodos que involucren la participación del hombre. El supuesto sobre este efecto es que en la medida en que tanto el esposo como la esposa participen en las decisiones reproductivas, la fecundidad será menor.

- genera mayor habilidad para discutir sobre la sexualidad, reproducción y anticoncepción con sus parejas (Beckman, 1983; Dixon, 1975; Hollerback, 1983; Van de Walle y Ouaidou, 1985). Probablemente con el mayor acercamiento entre la pareja, el hombre cuide más la salud de su esposa y reconozca el peligro de tener embarazos frecuentes y en número elevado. La intimidad entre personas con elevados niveles de escolaridad puede significar, como ya se mencionó, tener mayor comunicación en lo que se refiere al control de los nacimientos.

- al facilitar el acceso a mayor número de medios de comunicación, facilita también el acceso a los servicios de planificación familiar.

- ofrece herramientas para obtener más y mejor información de los anticonceptivos modernos y su uso (Kassarda, 1986); además, las mujeres más educadas pueden leer el material impreso publicado que contiene información sobre planificación familiar (Freedman, 1976).

Es posible suponer que la alfabetización no únicamente facilita el acceso a la información, sino que da el más básico entendimiento de cómo y por qué actúan los diferentes métodos anticonceptivos y cuales son las ventajas y desventajas de su uso. Generalmente las mujeres más educadas tienen mayor contacto con los programas de planificación familiar, que proporcionan información sobre los métodos disponibles, sobre cómo funcionan y cómo pueden ser obtenidos. Otra de las ventajas de la educación en la mujer es que facilita la aceptación de métodos anticonceptivos, eliminando barreras creadas por la desinformación.

La investigación al respecto, ha encontrado que la relación entre escolaridad y anticoncepción es directa y consistente; no obstante, la forma que asume depende de la edad de la mujer, su fecundidad y la duración de la unión. Es decir, la inclusión de estos factores cuando se realiza el análisis, permite explicar la forma de esta relación. No debe olvidarse sin embargo, el posible efecto generacional que puede modificar esta relación ya que las mujeres más educadas son generalmente las más jóvenes, con duración cortas de uniones y con menor paridad que las mujeres de mayor edad (Jejeebhoy, 1995).

En resumen, la educación permite que la mujer sea más independiente, esté mejor informada y sea capaz de cuestionar prácticas y creencias culturales tradicionales. Así mismo la educación ofrece a la mujer elementos para identificar una serie de opciones en la vida y la hace consciente de la desventaja de tener muchos hijos para concretar sus aspiraciones personales. La educación le permite evaluar las ventajas y desventajas de los diversos métodos anticonceptivos y negociar con su pareja la conveniencia del uso de alguno de ellos.

Por todo lo que se ha mencionado parece obvio que en el origen de los comportamientos que se modifican con la educación está el ejercicio de la autonomía y si bien hay otras variables que pueden ser consideradas para medir el nivel de autonomía y el estatus de la mujer como el empleo, en este trabajo se supone que la educación es una variable que sirve de medida de la autonomía y el estatus de la mujer. Se puede argumentar que el trabajo es fundamental para determinar autonomía y estatus, pero no se debe desconocer que para que la mujer acceda al trabajo la educación juega un papel central.

9.3. Resultados de la investigación empírica

La investigación empírica, cuyos resultados se han fundamentado en la información de grandes encuestas nacionales o encuestas dedicadas a analizar grupos de individuos ubicados en contextos específicos (Le Vine, y otros, 1991), han mostrado que a través de la incorporación a mayores niveles de escolaridad, las mujeres desarrollan orientaciones hacia tareas extrafamiliares que sin duda impactan su reproducción, al generar motivaciones distintas a la maternidad, que las llevan a posponer el inicio de su etapa reproductiva o a limitar el número de hijos.

Uno de los hallazgos confirmados sucesivamente por cada una de las encuestas de fecundidad que se han hecho en Colombia y en México, es que el incremento en el uso de anticonceptivos constituyó una respuesta inmediata al deseo de tener menos hijos por parte de las mujeres y que se manifestaba ya desde las primeras investigaciones de los años 60 y que sin embargo, pudo concretarse cuando los métodos disponibles no requirieron de la participación del hombre que por siglos ha mantenido bajo su control la sexualidad femenina a través del embarazo. Así, el control generalizado de la fecundidad se inicia en estos países con la aparición de la píldora anticonceptiva.

La información disponible ha hecho que se explique el incremento en el uso de anticonceptivos a partir de modificaciones en un entorno social que se transformó, de tal manera que el costo social y monetario de la anticoncepción se redujo e hizo posible el acceso de mayor número de mujeres a los métodos para espaciar y limitar los nacimientos. Este descenso en el costo de la anticoncepción significó cambios en su componente monetario y su componente social porque la disponibilidad real de los métodos de control de la fecundidad a través de programas que formaron parte de políticas públicas en esta materia, redujo su costo monetario y

además, un cambio en la posición de instituciones como el Estado, generó un ambiente favorable a la anticoncepción en prácticamente todos los grupos sociales, eliminando una parte importante del costo social asociado a la sanción por usarlos. Incluso la Iglesia, aunque no acepta el control de la fecundidad por lo que denomina “métodos artificiales”, modifica su discurso en esta materia desde la segunda mitad del siglo XX.

Con respecto a la normatividad institucional, las prácticas religiosas no parecen tener efectos significativos sobre las actitudes hacia la anticoncepción y como se mostró desde las primeras encuestas, no constituyen un factor explicativo de las diferencias en el nivel de uso de anticonceptivos ni en la fecundidad de las mujeres mexicanas. El discurso religioso que circula ya desde los años 60, especialmente a partir de la Encíclica Papal de Juan XXIII, en la cual las decisiones reproductivas son un asunto de conciencia individual y en la cual se aceptan los medios “lícitos” (es decir, la abstinencia o el ritmo), para determinar cuando y cuantos hijos tener, abren la puerta para la incorporación masiva a la anticoncepción (Vidal, 1969).

Hasta antes de la píldora, el uso de los anticonceptivos tenía que ver con comportamientos que involucraban directamente a los dos miembros de una pareja; desde el condón hasta el diafragma o cualquier sustancia química que forma parte de los anticonceptivos locales; cualquiera de estos métodos requiere en mayor o menor medida de la participación del hombre o cuando menos, éste tenía conocimiento de su uso por parte de la mujer, lo que implicaba que existía implícita o explícitamente un “acuerdo” entre ambas partes. Sin embargo, en el momento en que aparece la píldora anticonceptiva no es necesaria la participación del hombre. El hombre ni siquiera se tiene que enterar de que la mujer está usando anticonceptivos, por lo que ésta es una de las condiciones que explicarían por qué es apenas en décadas recientes que se incrementa considerablemente el uso de métodos de control natal en países como Colombia o México.

Si además tomamos en cuenta la situación de la población femenina, parece claro que antes de la aparición de la píldora anticonceptiva, la mujer carece de poder de decisión sobre su reproducción, quien decide finalmente es el hombre. Es precisamente cuando la mujer decide controlar su fecundidad cuando se amplían sus espacios de libertad. Esta constituye una verdadera revolución que se origina en transformaciones demográficas y que a su vez produce cambios en éste y otros niveles de la sociedad.

Desde que se puede documentar esta relación, la correlación entre conocimiento de los métodos anticonceptivos y el nivel de educación aparece positiva y en general fuerte (CELADE, 1972), las encuestas de fecundidad muestran que a medida que aumentan los años de instrucción crece la proporción de mujeres que conocen estos métodos. La práctica de anticoncepción está en general menos extendida en las mujeres que tienen un nivel de instrucción más bajo (Angulo, 1974).

El diferencial por educación ha sido amplia y sucesivamente constatado, la hipótesis que ha sido muy común en este tema desde las primeras investigaciones es que a un mayor nivel educativo mayor conocimiento y uso de anticonceptivos. En América Latina se ha encontrado que la educación tiene un fuerte efecto en la planificación familiar y concretamente en Colombia y México, se comprueba que efectivamente la presencia de un mayor nivel educativo en las mujeres hace que se manifieste una actitud favorable hacia el control de los nacimientos, puesto que se puede tener un mayor y mejor conocimiento tanto de la existencia como la disponibilidad de los métodos modernos de control natal. Es posible suponer además, que la condición social de la mujer que se modifica en gran parte debido a la educación afecta su comportamiento reproductivo (Cochran, 1979; García, 1989; Ordóñez, 1994; Welti, 1996).

Como ya se mencionó, una fuerte y sistemática relación ha sido observada entre conocimiento de anticonceptivos y nivel de educación. El conocimiento de al menos un método es casi universal entre las mujeres con educación secundaria (Rutenberg, 1991). La prevalencia en el uso de estos métodos es claramente diferencial por educación. Los datos de la World Fertility Survey constatan que la relación positiva es fuerte entre el nivel de educación de las mujeres y el uso de anticonceptivos (United Nations, 1979, 1987, 1995). Mujeres con siete o más años de escolaridad tienen cerca de 25 puntos porcentuales más en el uso de métodos anticonceptivos que aquellas que no tienen educación (United Nations, 1987).

La educación también interfiere en la selección del método a ser utilizado; es decir, las mujeres más educadas escogen los denominados métodos modernos, que son los más efectivos; en contraste, entre las menos escolarizadas prevalece el uso de los métodos tradicionales. Así, en la medida en que conocimiento, prevalencia y distribución del perfil de usuarias están en estrecha relación con la escolaridad de la población femenina, se pueden explicar las diferencias en la fecundidad por efecto del uso de anticonceptivos.

9.4. La planificación familiar en México y Colombia

Como se ha descrito en otras secciones del presente documento, Colombia y México experimentaron tasas aceleradas de crecimiento de la población en las décadas de los años sesenta y setenta. Así mismo, en los dos países, al acercarse los años ochenta se inicia una caída acelerada de sus tasas de crecimiento. Si bien en cada nación este descenso empieza en momentos distintos y en Colombia tuvo un inicio ligeramente más temprano, las magnitudes del descenso son muy similares. En Colombia y México, como muchos otros países en los cuales el acelerado descenso de la fecundidad se produce en las últimas décadas del siglo XX, sin duda uno de los factores que contribuyó a ello ha sido la difusión y adopción creciente de la planificación familiar.

En los dos países se ha contado con una política de población, explícita en el caso de México o implícita en el caso de Colombia, centrada en la promoción del uso de anticonceptivos para limitar los nacimientos, aunque en cada país su puesta en práctica difiere en términos cronológicos y en estrategias.

En México, el Estado, a través de las dependencias gubernamentales, especialmente las ubicadas en el sector salud, se ha encargado de la promoción de la planificación familiar y las instituciones privadas, que tienen el papel pionero en el desarrollo de estas actividades desde muchos años atrás, han estado presentes con un papel menor al del sector oficial, mientras que en Colombia, no hay una política explícita de población en materia de planificación familiar y el papel central lo asumen organizaciones del sector privado, como parte de una estrategia del gobierno colombiano que ha evitado una confrontación con la Iglesia católica, que a pesar de estar en contra de la anticoncepción no puede culpar al gobierno de fomentar su uso. Además, se acepta abiertamente la participación de las agencias internacionales en el financiamiento del programa de planificación familiar, lo que no sucede en el caso de México.

9.5. La Planificación Familiar en Colombia

La historia de la planificación familiar moderna en Colombia se inicia a principios de la década de los años sesenta a partir de actividades impulsadas por médicos ginecoobstetras y con la oposición a veces velada, a veces directa, por parte de la iglesia católica. Esta oposición constituye una situación relevante en este país, que permite explicar algunas de las características

del proceso que siguió la población colombiana para incorporarse masivamente a la anticoncepción y disminuir su nivel de fecundidad.

En el año de 1957, se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), que en un principio no tenía como propósito central el estudio de la población ni la planificación familiar. Esta organización originalmente tenía como objetivo la atención colegiada de asuntos relacionados con la formación y actualización de recursos humanos en salud, es más tarde que se convierte en la primera institución que promueve la planificación familiar en Colombia. Para realizar este papel, ASCOFAME crea la División de Estudios de Población (DEP) interesada en realizar investigación en temas de demografía y salud. En la discusión sobre la creación de esta nueva división en la organización, había partidarios de que la DEP fuera una organización autónoma y sin conexión alguna con ASCOFAME para poder tener mayor libertad de acción y sobre todo para contrarrestar a los sectores políticos y religiosos que se oponían a la planificación familiar sin comprometer a la Asociación. Como no hubo consenso sobre este aspecto, se decidió entonces crear otra organización, no dependiente de ASCOFAME, que tenía como objetivo realizar estudios y difundir el conocimiento sobre el problema de la población (Echeverry, 1991), la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP). Si bien la ACEP desarrolló tareas de investigación, una actividad importante era la prestación de servicios de planificación familiar; para lo cual solicitó el apoyo a otras organizaciones. Es así como a los Centros de Salud de las siete facultades de medicina afiliadas a ASCOFAME se convirtieron en Centros Pilotos de Planificación Familiar, en los cuales se realizaba investigación sobre epidemiología del aborto, planificación familiar y educación sexual, fundamentalmente por la preocupación que se tenía de la elevada mortalidad materna por causa del aborto y su implicación en el presupuesto hospitalario. Se organizaron en algunas facultades de medicina 10 programas pilotos en centros de Salud Universitarios, los cuales se expandieron a lo largo del país. En 1971, ya existían 26 hospitales maternos que prestaban servicios de planificación familiar.

Por otro lado, en 1965 se funda la Asociación Pro Bienestar de la Familia colombiana PROFAMILIA una institución privada que surge como organización dedicada a ofrecer servicios clínicos de planificación familiar, cuando en Colombia se tenían tasas globales de fecundidad de alrededor de 6.5 hijos por mujer. En los textos que describen la historia de esta organización se dice que su fundación, fue idea del médico ginecoobstetra Fernando Tamayo,

quien en su consulta particular veía la creciente demanda de métodos anticonceptivos, específicamente el Dispositivo Intrauterino DIU, entre los sectores más pobres de la población (Echeverry 1991, op. cit.).

Ahora es claro que la creación de organizaciones de la sociedad civil que atendieran las demandas de la población en planificación familiar, responde a una estrategia para evitar que a los gobiernos de los países interesados en controlar el crecimiento de la población se les acusara de malthusianos. Situación muy bien representada por Colombia.

El programa de PROFAMILIA, por el mismo hecho de pertenecer al sector privado, estaba libre de compromisos políticos y religiosos con sectores de la población que se oponían al control natal.

A diferencia de lo que sucede en otros países y concretamente en México en donde el gobierno se cuidó de mostrar ingerencia de gobiernos extranjeros en materia demográfica, en Colombia se firma el convenio del Gobierno Colombiano con la Agencia Internacional para el Desarrollo del gobierno norteamericano (USAID) de tal manera que organizaciones nacionales pudieran recibir fondos dedicados a programas de cooperación y se establece además que la planificación familiar es un componente importante de los programas de salud del Gobierno (Echeverry, 1991, op. cit.).

Los programas de planificación familiar no estuvieron exentos de los ataques de los sectores conservadores, específicamente la iglesia católica. El primer ataque se hace en los medios de comunicación en donde se dice que el “control de la natalidad se hace con dólares americanos”, y se acusa al gobierno de iniciar el control artificial de la natalidad utilizando métodos prohibidos por la iglesia y se le acusaba de ser un instrumento de la política del Presidente Jhonson (El Tiempo, febrero 13, 1966, primera sección). La respuesta a estas críticas se dio en el sentido de que se trataba de programas educativos y que dejaban la decisión al libre albedrío y elección de las personas y que la iglesia católica se estaba quedando rezagada ante los problemas de la época incluso, de las enseñanzas del Concilio Vaticano II.

A finales de 1968, el estado decide involucrarse directamente en la planificación familiar y es así como el Ministerio de Salud toma control de la parte administrativa de ASCOFAME en lo referente a administración de los centros de salud que prestaban los servicios de planificación familiar. Durante estos años de la década de los sesenta, el gobierno colombiano hace explícito que el objetivo de estos servicios es mejorar la salud de la mujer y sus hijos a través de su

programa de salud materno-infantil y asociado a éste contribuir al control del crecimiento poblacional. Se intenta iniciar una política de población en donde se incorporen instituciones del gobierno a través del Ministerio de Salud, ASCOFAME y PROFAMILIA. Cada una de las instituciones estaría a cargo de actividades específicas: ASCOFAME se dedicaría a la Investigación Social y Demográfica, a la evaluación de programas y a la educación e información en materia demográfica; correspondería al gobierno nacional el desarrollo de programas rurales de planificación familiar y a PROFAMILIA prestar servicios de planificación familiar en centros urbanos. Es muy importante mencionar que este intento no fructificó y el gobierno colombiano no incluyó dentro de sus prioridades la planificación familiar ni cualquier otra actividad que tuviera como objetivo incidir sobre la dinámica de crecimiento de la población, de esta manera evitó el enfrentamiento con la iglesia.

Mientras tanto, PROFAMILIA, siguió consolidándose como la principal institución en materia de planificación familiar y sirvió de “pararrayos” de los ataques de la iglesia católica y los grupos conservadores del país a las actividades que tuvieran como objetivo el control natal y que el gobierno auspiciara. La institución muestra con el transcurso del tiempo una expansión constante de sus actividades de tal manera que en 1973 ya había establecido 42 centros de atención en las principales ciudades del país.

Si bien en los primeros años de la planificación familiar en Colombia, las iniciativas recayeron en los programas del Ministerio de Salud a través de la ASCOFAME y en la DEP, pocos años después PROFAMILIA es la institución en la cual se concentra el mayor peso de la planificación familiar.

Resulta interesante mencionar que organizaciones gubernamentales como la DEP tienen una existencia efímera. En 1969 el gobierno suscribe un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), según el cual la planificación familiar haría parte integrante de la Atención Materno-Infantil y la DEP se encargaría de todos los programas relacionados con la prestación de servicios de planificación familiar, incluso se le encarga la realización de la primera encuesta nacional de fecundidad, que en este caso incluye las áreas urbanas y rurales del país y que permite contar con un panorama completo de la fecundidad más allá de lo que había sido posible de analizar en otros países, incluyendo México a través del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL). No obstante, la DEP fue perdiendo importancia entre otras cosas por una serie de conflictos internos, lo que hizo que en 1973, el

Consejo de Decanos de ASCOFAME decidiera que la asociación se dedicará únicamente a la investigación y enseñanza de la salud y que los temas demográficos se concentraran en una institución especializada ajena a ASCOFAME; es así como se crea la Corporación Centro Regional de Población, encargada de la investigación en población. Esta Corporación fue la encargada de realizar la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) en su fase nacional.

Durante estas dos primeras décadas de la planificación familiar en Colombia, el papel del gobierno colombiano estuvo condicionado por la percepción que se tenía de la posición de los grupos conservadores respecto a este tema y que podrían generar una actitud crítica hacia él, lo que se trataba de evitar y contribuyó a que no se estableciera una política explícita y clara sobre la planificación familiar; no obstante debe destacarse el papel que jugó el Estado al fomentar el trabajo de organizaciones de la sociedad civil y que contribuyó a que surgiera con gran fuerza el programa de planificación familiar bajo la dirección de una institución privada como lo es PROFAMILIA.

En la década de los ochentas, PROFAMILIA era una institución consolidada y el gobierno seguía dedicado exclusivamente al programa de salud Materno-infantil. Durante estos años, PROFAMILIA ofrecía otros servicios además de la planificación familiar y en el año de 1985 se inician los servicios exclusivos para hombres y se crean las Clínicas del Hombre; una iniciativa novedosa en la región. Además, se diversifican los servicios y se ofrece consulta jurídica, y psicológica, y se amplían los servicios ginecoobstétricos. Estos servicios de consultoría tuvieron gran acogida entre la población y en la década que sigue, es decir la de los años 90, constituyeron el 48 por ciento de los servicios prestados en el país, así mismo, se crea el Centro para la Juventud como respuesta a un problema cada vez más visible en el país como lo es el embarazo adolescente.

Durante las tres décadas de existencia de PROFAMILIA, la organización se ha caracterizado por proveer servicios de planificación familiar a la población colombiana, utilizando para ello varias estrategias. La creación de las clínicas y su ubicación en sitios estratégicos, posibilitó el acceso a un gran número de mujeres de la población rural en Colombia. Así mismo, debe mencionarse que en 1970, se establece un convenio con la Federación Nacional de Cafeteros y se crea el primer programa piloto de planificación en el área rural en Latinoamérica, que fue uno de los primeros de ese tipo en el mundo. Este programa fue extendido primero a diversas áreas geográficas en las que se produce café y posteriormente a

otras áreas rurales del país. Al mismo tiempo se lanza un programa para las áreas urbanas que tiene gran éxito.

Otra actividad que realiza PROFAMILIA y que ha incidido en el uso de anticonceptivos, es el de su venta. Los anticonceptivos se han ofrecido a precios subsidiados en farmacias, supermercados y centros comerciales; de igual manera, se establecieron convenios con la industria farmacéutica colombiana, para facilitar la obtención y el acceso de los métodos de planificación familiar reduciendo sus precios.

Sin dejar de resaltar la importancia de PROFAMILIA, las otras dos instituciones que tuvieron un papel relevante en la promoción de la planificación familiar en la década de los años setentas son las ya mencionadas: Corporación Centro Regional de Población y la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP), que si bien no estuvieron dedicadas directamente a prestar servicios de planificación familiar, sus objetivos primordiales han sido los de generar información sobre la fecundidad y realizar investigación social y epidemiológica sobre la reproducción, que constituyen un insumo fundamental para dirigir las acciones y evaluar el desempeño de los programas de planificación familiar.

Aunque en Colombia el Estado como ya se ha dicho, a través de sus agencias no ha participado de manera directa en actividades de planificación familiar como en el caso de México, si se ha mantenido un entorno institucional favorable como resultado de la estrategia seguida por el gobierno colombiano de no enfrentar a los grupos que se oponen a la anticoncepción.

El éxito de PROFAMILIA, y la participación del Estado al mantener un ambiente favorable a la realización de las actividades de esta organización, así como de otras instituciones privadas, se traduce sin duda en el aumento importante de la prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar y como consecuencia en una baja sostenida de la fecundidad.

9.6. Evolución del conocimiento y uso de anticonceptivos en Colombia

El paso de un conocimiento muy limitado de la anticoncepción a uno prácticamente universal, se produjo en un período relativamente breve en Colombia. Según datos de las primeras encuestas, se puede afirmar que de un conocimiento reducido y sólo visible entre determinados grupos de mujeres pertenecientes a estratos que se pueden denominar modernos o de condiciones socioeconómicas ubicadas en los estratos medios o altos, se pasa a una etapa en

la que se observa un conocimiento mayoritario hasta llegar por fin a uno casi universal, según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995, en que casi el 99 por ciento de las mujeres conoce o había oído hablar de métodos modernos de regulación de la fecundidad.

Para tener claridad sobre el proceso de incorporación de la población a la limitación de los nacimientos, resulta útil tener como referencias la situación en el pasado a través de los sucesivos cortes transversales que las encuestas permiten observar. La Encuesta Nacional de Fecundidad de 1969 que además de la parte dedicada a investigar a la población rural, como se hizo en México en el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, incluyó una parte urbana y mostró la existencia de un gran diferencial en el conocimiento de los métodos anticonceptivos entre las mujeres que vivían en áreas urbanas y aquellas residentes en áreas rurales. El 65 por ciento de las mujeres urbanas dijeron conocer al menos un método anticonceptivo en tanto que el conocimiento de las mujeres rurales era de tan sólo del 36 por ciento. A pesar de la gran magnitud de esta diferencia, no lo es tanto si se le compara con la que se observa respecto al uso de estos métodos, como se verá más adelante.

Los métodos más mencionados en aquella época fueron la píldora, el condón y el DIU. El ritmo, el retiro y “el lavado” aparecen con porcentajes que pueden parecer significativos, pero vale la pena mencionar que en estos casos, se pudo constatar que era frecuente que las mujeres confundieran lo que en sentido estricto son prácticas anticonceptivas con otro tipo de prácticas; por ejemplo, el lavado como una acción simplemente de higiene personal o el retiro como el hecho de que el marido o compañero no viviera permanentemente en el hogar conyugal es decir, estuviera “retirado” durante diferentes períodos del contacto con su esposa. Y finalmente, a pesar de que las mujeres declaraban conocer el ritmo, el conocimiento del ciclo menstrual y los días fértiles era muy limitado. Sólo un seis por ciento del total de la población femenina entrevistada, mencionó algún método tradicional, que en la encuesta fueron catalogados como “no científicos”.

Cuadro No. 9.1

**COLOMBIA: MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCIDOS
POR LAS ENTREVISTADAS. ENCUESTAS URBANA Y RURAL, 1969**
(Porcentaje respecto del total de mujeres que mencionaron conocer algún método)

MÉTODOS	URBANA	RURAL	TOTAL
Métodos científicos utilizados por la Mujer			
Ritmo	26.0	8.0	16.0
Pildora	52.0	20.0	34.0
Lavado	23.0	5.0	13.0
DIU	30.0	7.0	17.0
Supositorio	19.0	3.0	10.0
Jalea	5.0	1.0	3.0
Diafragma	8.0	1.0	4.0
Esterilización	18.0	6.0	11.0
Métodos científicos utilizados por el hombre			
Condón	29.0	9.0	18.0
Retiro	18.0	6.0	11.0
Esterilización	10.0	3.0	6.0
Métodos tradicionales	7.0	4.0	6.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-69.

Sin duda el patrón de conocimiento se ha transformado considerablemente, por un lado por la aparición de nuevos métodos, como las inyecciones, por ejemplo y por otro, por las campañas de información que de forma intensiva y extensiva han llevado a cabo las instituciones encargadas de prestar los servicios de planificación familiar.

En los inicios de los programas de planificación familiar en Colombia se ofrecían principalmente la píldora y un poco más tarde el DIU, denominado popularmente “churrusco”. Unos años después su conocimiento apenas empezaba a parecer significativo en las ciudades y era prácticamente desconocido en las áreas rurales. Ya en la década de los años setenta las acciones de difusión junto con la aparición de nuevos métodos hacen que el conocimiento empiece a crecer, para llegar a que en la década de los ochenta el conocimiento supere el 90 por ciento entre la población femenina en edades reproductivas y se concentre en la píldora, la esterilización femenina y el DIU.

Al finalizar el siglo XX e iniciar el nuevo siglo, las mujeres colombianas tienen un conocimiento casi universal de los métodos para planificar la familia. Nuevamente, la píldora, el condón y la esterilización femenina son los métodos más conocidos.

Precisamente por este conocimiento casi universal de la anticoncepción en la actualidad, no aparecen diferencias especialmente significativas entre las mujeres según sus características socioeconómicas (ver cuadros anexo I), pero hace apenas unas décadas el conocimiento según nivel de escolaridad era claramente diferencial, como los datos que se presentan más adelante lo muestran.

Como es lógico, junto con los cambios en el conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres colombianas, también se produce un cambio en la distribución de usuarias de estos métodos.

9.7. La Planificación Familiar en México

En México, las actividades de planificación familiar se inician desde finales de los años cincuentas, con el surgimiento de dos instituciones privadas; la primera de ellas la Asociación Pro Salud Maternal (Aprosam), que fue la primera en proporcionar servicios de planificación familiar a la población mexicana; la segunda a mediados de los sesenta, la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (FEPAC), la cual se caracterizó por prestar servicios de planificación familiar y además realizar investigación social en esta área, así como iniciar programas de lo que se denomina educación en población. Esta institución más tarde cambia su nombre a Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM) y, de desarrollar originalmente sus actividades en unas cuantas áreas geográficas del país, expande sus actividades hasta llegar a estar presente en 24 estados de la República Mexicana.

Los esfuerzos iniciales de las organizaciones privadas contribuyeron a crear un clima cada vez más favorable al control de la fecundidad, que es visto como un derecho individual para concretar los deseos por tener un determinado número de hijos y que en términos de la sociedad en su conjunto, se reflejará en su dinámica demográfica.

Como respuesta a la problemática derivada del elevado crecimiento de la población en México, se decide desde el gobierno la implementación de una política para incidir sobre la dinámica demográfica. Es así que en el año de 1973 se aprueba la nueva Ley General de Población y se modifica el Artículo 4^a de la Constitución General de los Estados Unidos Mexicanos, de tal manera que en su nueva versión establece que “toda persona tiene el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus

hijos”. Como consecuencia de estos cambios jurídicos, a partir de 1973 se establecieron programas de planificación familiar voluntaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En 1974 se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO), órgano encargado del diseño de las políticas y programas demográficos a partir de las acciones de diversas secretarías de Estado que de manera directa o indirecta influyen sobre la dinámica demográfica. Como parte de dichas políticas se organizan actividades concretas en materia de planificación familiar, que serían llevadas a cabo por instituciones del sector salud, cuyo objetivo final es contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad; además de mejorar la salud materno-infantil. En la Secretaría de Salud, la encargada de estas actividades es la Dirección de Salud Materno – Infantil. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se creó un departamento de planificación familiar, lo mismo que en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La expansión de los servicios de planificación familiar en las áreas rurales, fue una tarea muy importante que se llevó a cabo a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su programa denominado IMSS – COPLAMAR y en las unidades de la Secretaría de Salud con el objetivo de prestar especial atención en las localidades rurales de entre 500 y 2500 habitantes.

A finales de los años setentas y principios de los ochentas fueron enormes los esfuerzos de las instituciones gubernamentales en materia de planificación familiar. La coyuntura favorable al considerar en primer plano los asuntos demográficos, permitió avances, tanto en la implementación de los servicios, como en la generación de información y en la investigación de la fecundidad. En este período se llevan a cabo las grandes encuestas nacionales que permiten como ya se mencionó en otro apartado, no sólo elaborar estimaciones confiables de esta variable, sino evaluar el avance de los programas de control natal y el impacto de la anticoncepción sobre la fecundidad en los primeros años de haber sido puestos en marcha estos programas.

En 1977 se creó en el IMSS la Jefatura de Planificación Familiar y en ese mismo año se crea la Coordinación de planificación Familiar y el Programa Nacional respectivo, con la participación de todas las agencias gubernamentales relacionadas con estos asuntos. Pocos años después, la planificación familiar se incluye dentro de la Ley General de Salud que dispone la prestación de estos servicios con el mismo nivel de importancia que se les da a otros que

constituyen la respuesta institucional a demandas básicas de la población. Es interesante mencionar que en materia de legislación relacionada con estos asuntos, es hasta el año de 1973 que se aprueba un nuevo Código Sanitario y se deroga el artículo 24 del Código vigente con anterioridad, en el cual se prohibía la propaganda comercial de los anticonceptivos y desde luego su venta.

En la década de los ochentas, la planificación familiar siguió considerándose como un programa prioritario en la política de población, de tal manera que se dieron importantes avances en esta materia. Los datos de este período muestran sin duda el éxito del programa de planificación familiar, pues se logró una drástica caída de la fecundidad como resultado de la incorporación masiva de las mujeres a la anticoncepción.

En la década de los noventas, se replantean los objetivos de del programa de planificación familiar, de tal manera que si bien continúa vigente el objetivo de disminuir fecundidad, en el programa de población 1990-1994 se trazaron metas en relación con el nivel de la Tasa Global de Fecundidad que se pretendía alcanzar y la cobertura de uso de métodos anticonceptivos en el plano nacional y por primera vez, se establecen metas estatales (Palma, 1996) .

Aparece en este período la intención de ligar cada vez más a la planificación familiar a objetivos no necesariamente concentrados en la disminución del crecimiento demográficos y sí en cambio con sus efectos sobre la salud de las mujeres y de sus hijos. La posición al respecto está muy bien representada por la conclusión del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que al hacer una evaluación de lo acontecido en dos décadas, 1970-1990, concluye que: “Aunque no todos los países buscan reducir su fecundidad, una fuerte racionalidad existe ahora para proveer servicios de planificación familiar en todos los países. Esta racionalidad emerge de hallazgos (que muestran) que el espaciamiento de los nacimientos ayuda a reducir la mortalidad infantil y la fecundidad y que la planificación familiar segura contribuye a la salud materna e infantil (UNFPA, 1991).

También en los años 90 se asocia el acceso a la anticoncepción a la salud sexual y reproductiva y a los derechos individuales.

9.8. Evolución del conocimiento y uso de anticonceptivos en México

Sin duda una política pública exitosa en México ha sido la política de población y su programa específico de planificación familiar. Datos sobre el uso y conocimiento de anticonceptivos así lo constatan. El conocimiento de los medios para regular la fecundidad antes de los años setentas era muy escaso, según datos de la encuesta realizada en 1969 en las áreas rurales y semi-urbanas del país (este carácter rural y semi-urbano de las localidades fue definido según su tamaño e incluye tres grupos de localidades: localidades menores de 2,500 habitantes en cuyo municipio no hay localidades de más de 20,000 habitantes, localidades de menos de 2,500 habitantes en cuyo municipio hay al menos una localidad mayor de 20,000 habitantes y localidades de 2,500 a 19,999 habitantes). Sólo el 33 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales y semi-urbanas del país conocían algún método anticonceptivo y casi todo este conocimiento estaba concentrado en la píldora (27 por ciento del total de mujeres dijeron que la conocían) (García, 1983). No se cuenta con información que permita conocer la situación para el total del país antes de iniciar los años 70, sólo se tiene la referencia de que en 1964, en la Ciudad de México, el 76 por ciento de las mujeres conocían métodos anticonceptivos (CELADE y CFSC, 1972), por lo que es posible suponer que la mayoría de las mujeres mexicanas que residían en las grandes ciudades de México tenían este conocimiento. Con datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad se estima que en 1976-1977, el 64 por ciento de las mujeres unidas y en edades reproductivas conocía anticonceptivos y ya 6 de cada 10 mujeres sabían de la existencia de la píldora. En 1979, datos de una nueva encuesta (La Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos), muestran que el conocimiento alcanzó cerca del 80 por ciento y con datos posteriores para 1992 y 1995, el 93.6 y 95.3 por ciento, respectivamente, de las mujeres unidas conocían algún método anticonceptivo (datos de las encuestas: Nacional de la Dinámica Demográfica y Nacional de Planificación Familiar, respectivamente). En la actualidad, puede decirse según los datos mencionados, que este conocimiento es prácticamente universal, lo que no significa que una mujer conozca como funciona cada uno de los métodos que menciona y mucho menos que sepa como usarlos.

En cuanto al uso de anticonceptivos en 1976, sólo el 30 por ciento de las mujeres en edad fértil y en unión conyugal usaba algún método anticonceptivo. Para 1982 la cobertura se incrementó al 47.3 por ciento, en 1987 se alcanza el 52.7 y para 1992, poco más de seis de cada

diez mujeres en edad fértil unidas utilizaban algún método para regular su fecundidad (63.1%). Los datos que son el núcleo central del presente análisis muestran que en 1995 el 66.6 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil son usuarias de métodos anticonceptivos.

Para tener una referencia temporal más clara sobre la significativa evolución en el uso de métodos anticonceptivos, debe mencionarse que en 1969, según los datos de la encuesta realizada en áreas rurales y semi-urbanas de México (denominada PECFAL-RURAL), sólo el cinco por ciento de las mujeres declararon usar anticonceptivos.

Al observar esta tendencia lo que es importante destacar es el crecimiento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y eficientes⁴⁷. En 1976, 69.7 por ciento de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos estaba protegida por un método moderno, tan sólo el 7.0 por ciento usaba un método local y un alto porcentaje (23.3) recurría a métodos tradicionales, como el ritmo o el retiro. En 1992, el 82.8 de las usuarias utilizaba métodos modernos, 5.0 usaba algún método local y sólo el 12.1 por ciento de las usuarias recurría a métodos tradicionales.

Cuadro No. 9.2

MÉXICO: USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE EL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES UNIDAS SEGÚN DIVERSAS ENCUESTAS. 1976-1995

TIPO DE USUARIAS Y DE MÉTODOS	EMF-1976	ENP-1979	END1982	ENFES 1987	ENAPLAF 1995
Uso entre todas las mujeres					
Métodos modernos	nd	21,4	26,3	29,0	32.1
Cualquier método	nd	25,2	30,2	33,9	37.5
Uso entre mujeres unidas					
Métodos modernos	23,1	32,0	41,5	44,8	57.4
Cualquier método	30,2	37,8	47,7	52,7	66.4

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad. 1976
 Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. 1979
 SSA, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.
 Encuesta Nacional Demográfica-1982. CONAPO.
 Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

⁴⁷ Se consideran métodos modernos la esterilización, la píldora, el DIU, el condón y los inyectables.

Más allá del análisis de la evolución en el uso de anticonceptivos a la que le han dedicado atención una amplio número de textos (Martínez Manautou, 1986; Palma et al, 1990; Llera, 1990; Castro y Njogu, 1994), es importante referirse a las diferencias que se han observado entre diversos grupos poblacionales respecto al conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar. Así por ejemplo, a través del tiempo se constata que las mujeres urbanas están más informadas y usan en mayor proporción métodos para planificar su familia que aquellas que viven en localidades rurales. Esta situación llevó a estimar que antes de producirse el notable incremento en el uso de anticonceptivos, la mujeres rurales tenían una “fecundidad natural”, es decir, constituyen una población en la que no hay control efectivo de los nacimientos y las tasas de fecundidad varían en función de la edad de la mujer (Quilodrán, 1983).

Las diferencias en el uso entre los distintos grupos de mujeres clasificadas según su escolaridad han estado presentes en los resultados de todas las encuestas realizadas en México. En 1969, según la encuesta rural ya mencionada, el 3.7 por ciento de las mujeres que no completaron ningún año de primaria declararon haber usado alguna vez anticonceptivos, contra el 35 por ciento que completaron al menos la educación primaria⁴⁸ (García, 1983, op. cit.). Aunque estos datos se refieren a mujeres alguna vez usuarias, es posible suponer que la prevalencia en el uso presentaba también muy importantes diferencias.

En 1976 una de cada ocho mujeres unidas (12.5 %) que no habían asistido a la escuela y una de cada cuatro mujeres (25 %) que no había concluido la primaria, empleaba algún método anticonceptivo, en tanto que cerca del 60 por ciento de las mujeres con algún grado de secundaria o más lo utilizaba. Las diferencias siguen presentándose aunque la brecha existente es cada día menor como se verá más adelante.

Con datos de la encuesta PECFAL-RURAL-1969 García (1983) mostró la existencia de una relación positiva entre el nivel de escolaridad y el uso de anticonceptivos sobre todo a partir de la primaria. En su estudio, la autora observó un efecto mayor de la escolaridad sobre el uso de anticonceptivos en el medio semiurbano que en el rural. Es posible suponer que esto se deba a los muy bajos niveles de uso entre toda la población rural independientemente de sus condiciones socioeconómicas.

⁴⁸ En esta encuesta fue necesario formar un sólo grupo de mujeres a partir de quienes completaron la educación primaria ya que el número de casos en los niveles más elevados es muy reducido y este grupo constituye el 9 por ciento del total de mujeres unidas.

Si bien las diferencias han permanecido como se muestra en el cuadro respectivo, también se ha dado un incremento en el uso entre todos los distintos niveles educativos y la evolución de las diferencias refleja la incidencia que diversos factores han tenido sobre el uso, especialmente el acceso a los servicios de planificación familiar.

Cuadro No. 9.3

MÉXICO: USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS POR TIPO DE MÉTODOS, SEGÚN DIVERSAS ENCUESTAS. 1976-1995

TIPO DE MÉTODO	EMF-1976	ENP-1979	END-1982	ENFES-1987	ENAPLAF-1995
Pastillas	35,9	33,0	29,7	18,2	13,5
DIU	18,7	16,1	13,8	19,4	22,0
Operación femenina	8,9	23,5	28,1	36,2	40,4
Operación masculina	0,6	0,6	0,7	1,5	1,0
Inyecciones	5,6	6,7	10,6	5,3	4,6
Preservativos y espermaticidas	7,0	5,0	4,1	4,7	5,4
Métodos tradicionales	23,3	15,1	13,0	14,7	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976
 Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos, 1979
 Encuesta Nacional Demográfica-1982. CONAPO.
 SSA, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.
 Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

Cuadro No. 9.4

MEXICO: USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DIVERSAS ENCUESTAS. 1976-1995

GRUPOS DE EDAD	EMF-1976	ENP-1979	END-1982	ENFES-1987	ENA PLAF-1995
15-19	14,2	19,2	20,8	30,2	31.6
20-24	26,7	37,4	45,7	46,9	57.1
25-29	38,6	44,5	56,5	54,0	67.7
30-34	38,0	49,6	59,8	62,3	75.2
35-39	37,9	42,8	57,6	61,3	78.8
40-44	25,1	33,3	42,9	60,2	70.8
45-49	11,8	16,3	22,1	34,2	53.1
Uso total	30,2	37,8	47,7	52,7	66.5

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad. 1976
 Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. 1979
 Encuesta Nacional Demográfica-1982. CONAPO.
 SSA, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.
 Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.

Cuadro No. 9.5

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

NIVEL DE ESCOLARIDAD	1979	1987
Sin escolaridad	20.3	23.7
Primaria incompleta	32.0	44.8
Primaria completa	49.6	62.0
Secundaria y más	59.0	69.9
Total Nacional	37.8	52.7

Fuente: Aparicio, R. Niveles Tendencias e Impacto Demográfico de la Anticoncepción. En: Secretaría de Salud. 1988. Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en Planificación Familiar en México. Cuadro No. 5

Es posible introducir una visión comparativa Colombia-México, aunque con la información del mismo año de 1969 sólo se tiene un acercamiento a las localidades de menos de veinte mil habitantes ya que la encuesta estuvo dedicada a investigar a la población residente en

localidades clasificadas en este estrato. Las estimaciones sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos estimadas por García (1983), se presentan en el cuadro que sigue.

Cuadro No. 9.6
MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LOCALIDADES RURALES Y SEMI-URBANAS.
1969-1970.

METODO	PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCE
Esterilización femenina	21.3
Esterilización masculina	4.5
Píldora	41.0
Anillo	2.7
Diafragma	2.0
Condón	16.0
Ritmo	13.0
Supositorio	5.6
Jalea	2.3
Retiro	8.4
Lavado	11.1

Fuente: García Brígida (1983). datos de la encuesta que formó parte del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL-R).

A propósito de la comparación, debe subrayarse que los datos muestran el conocimiento de cada uno de los métodos al considerar tanto la mención espontánea que hicieron las mujeres entrevistadas como el hecho de referir que ya habían oído hablar de ellos, después de la descripción realizada por la entrevistadora. Cuando sólo se toma en cuenta la mención espontánea como sinónimo de conocimiento, los porcentajes de mujeres que conocen son mínimos, como cada una de las encuestas sucesivas lo ha hecho evidente.

El conocimiento de métodos en México es superior en todos los casos, con excepción del caso del dispositivo intrauterino; este método era prácticamente desconocido en las áreas rurales de México, pero no lo era en el caso de Colombia y refleja la promoción que de éste se había hecho y que si bien se había concentrado en las ciudades, se empezaba a difundir en las localidades rurales colombianas.

Para observar la evolución del conocimiento a través del tiempo, son muy útiles los datos de las encuestas realizadas en 1976-1977 y que pueden ser comparadas adecuadamente,

precisamente porque este fue uno de los objetivos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS), propiciar el análisis comparativo entre los países que participaron en esta investigación.

En los cuadros Nos. 9.7 y 9.8 se presentan los porcentajes de mujeres según el conocimiento de cada uno de los métodos, separando el conocimiento total en dos componentes, la mención espontánea y el reconocimiento del método una vez que éste fue descrito por la entrevistadora. La información muestra que los métodos modernos fueron los más mencionados por las mujeres, los métodos tradicionales sólo fueron reconocidos una vez que les fueron descritos y los métodos conocidos por el mayor porcentaje de mujeres fueron aquellos más promocionados por las instituciones de salud ya sean públicas o privadas, es decir, métodos como la píldora, el DIU o las inyecciones. Destaca en estos años que el condón no era uno de los métodos más conocidos, alrededor de la mitad del total de mujeres no lo conocían. Si se toma en cuenta el conocimiento de cualquier método, en el caso de México, más de tres de cada diez mujeres no conocían anticonceptivos y en Colombia aunque el conocimiento es mayor, no se aleja mucho de este porcentaje. Sin embargo, el panorama general esconde las grandes diferencias que se manifiestan entre los grupos de mujeres clasificadas según algunas de sus características personales.

Cuadro No. 9.7**COLOMBIA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN TIPO DE METODO. 1976**

METODO	TOTAL MUJERES			MUJERES UNIDAS		
	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total
Píldora	66.8	19.3	86.1	72.9	17.5	90.4
DIU	38.9	34.7	73.6	48.4	34.5	82.9
Inyecciones	18.0	45.1	63.1	20.5	50.6	71.1
Métodos vaginales	11.6	30.0	41.6	14.9	33.7	48.6
Condón	9.3	42.9	52.2	11.4	48.8	60.2
Esterilización femenina	13.7	52.5	66.2	16.8	55.9	72.7
Esterilización masculina	2.9	32.4	35.3	2.8	36.9	39.7
Ritmo	15.8	35.0	50.8	17.3	40.4	57.7
Retiro	2.0	35.3	37.3	2.9	44.6	47.5

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-76.

Cuadro No. 9.8**MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. 1976**

MÉTODO	TOTAL MUJERES			MUJERES UNIDAS		
	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total
Píldora	57.5	24.7	82.2	58.8	23.8	82.6
DIU	35.1	38.5	73.6	37.3	37.9	75.2
Inyecciones	25.8	41.3	67.1	27.1	41.5	68.6
Métodos vaginales	9.9	29.5	39.4	10.2	29.6	39.9
Condón	7.1	34.3	41.4	7.1	34.7	41.8
Esterilización femenina	7.5	60.0	67.5	7.8	60.3	68.1
Esterilización masculina	1.9	36.3	38.2	1.7	36.9	38.6
Ritmo	6.7	41.6	48.3	6.5	41.7	48.2
Retiro	0.8	44.2	45.0	0.6	46.5	47.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-76.

El nivel de conocimiento está claramente relacionado con la escolaridad de la mujer y las diferencias son especialmente significativas, mientras que la mayoría de las mujeres que no

asistieron a la escuela no mencionaron espontáneamente que conocían anticonceptivos, el conocimiento es prácticamente universal para aquellas que tienen siete o más años de escolaridad.

El monto de las diferencias entre cada nivel de escolaridad muestra que en esta etapa que se analiza (segunda mitad de la década de los años 70), con el hecho de completar algún año de escolaridad el conocimiento de métodos anticonceptivos se incrementaba entre un porcentaje importante de mujeres y se lograba el conocimiento casi universal al que se ha hecho referencia al lograr al menos siete años de escolaridad.

Cuadro No. 9.9

COLOMBIA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE LAS MUJERES UNIDAS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. 1976

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	menciona	ha oído hablar	Total	menciona	ha oído hablar	Total	menciona	ha oído hablar	Total	menciona	ha oído hablar	Total
Pildora	47.4	28.7	76.1	69.2	19.5	88.7	83.9	13.1	97.0	91.3	8.0	99.3
DIU	26.1	39.9	66.0	40.9	36.9	77.8	59.6	32.1	91.7	69.5	27.2	96.7
Inyecciones	13.4	42.3	55.7	20.9	46.3	67.2	23.6	55.3	78.9	22.9	60.4	83.3
Métodos vaginales	4.8	23.3	28.0	10.6	27.8	38.5	18.6	39.5	58.2	28.6	47.2	75.8
Condón	3.4	30.7	34.1	8.3	43.9	52.2	12.5	59.6	72.1	24.7	61.0	85.7
Esterilización femenina	8.8	41.1	49.9	14.8	51.0	65.8	21.0	62.8	83.8	22.5	70.5	93.0
Esterilización masculina	0.2	14.6	14.8	1.9	26.9	28.8	3.1	47.0	50.1	7.0	65.4	72.4
Ritmo	4.4	23.6	28.0	8.5	39.0	47.5	19.7	50.4	70.1	45.2	45.6	90.8
Retiro	1.9	24.2	26.1	3.8	39.1	42.9	2.3	52.3	54.6	3.7	66.0	69.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-76.

Cuadro No. 9.10

MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE LAS MUJERES UNIDAS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. 1976

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	menciona	ha oído hablar	total	menciona	ha oído hablar	Total	menciona	ha oído hablar	Total	menciona	ha oído hablar	Total
Pildora	33.3	29.5	62.8	52.7	28.9	81.6	67.3	22.8	90.1	90.3	8.1	98.4
DIU	17.6	33.7	51.3	30.4	42.1	72.5	44.2	40.8	85.0	65.6	30.3	95.9
Inyecciones	13.8	31.6	45.4	23.2	42.1	65.3	31.5	45.4	76.9	44.8	46.7	91.5
Métodos vaginales	2.2	15.6	17.8	5.8	24.9	30.6	11.5	33.6	45.1	27.5	50.9	78.5
Condón	2.4	15.7	18.1	3.8	28.4	32.2	6.8	42.6	49.4	20.1	59.4	79.5
Esterilización femenina	3.2	41.6	44.8	5.5	57.3	62.8	9.1	68.1	77.2	16.4	77.9	94.3
Esterilización masculina	0.2	16.4	16.6	0.6	28.4	29.0	1.2	44.0	45.2	6.8	69.0	75.8
Ritmo	0.9	18.9	19.8	2.6	33.8	36.4	6.1	52.8	58.9	22.1	68.9	91.0
Retiro	0.2	23.7	23.9	0.4	37.9	38.3	0.8	56.2	57.0	1.5	77.3	78.8

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-76.

Ahora bien, como parece evidente, los datos sobre conocimiento de anticonceptivos en las encuestas, deben tomar en cuenta si éste se deriva de su mención espontánea o si la mujer lo reconoce una vez que la entrevistadora menciona el método, para mostrar que es cuando menos parcialmente incorrecto el supuesto de que conforme se generaliza el conocimiento, las diferencias entre grupos de escolaridad casi desaparecen y por tanto el conocimiento no explicaría las diferencias en el uso. Pueden verse las grandes diferencias en la mención espontánea que se apreciaban hace algunas décadas, pero que se siguen manifestando todavía en la actualidad, de tal manera que en Colombia y México hay que insistir en la necesidad de que la población esté informada y la mención espontánea de un método está, obviamente, muy relacionada con la probabilidad de haberlo usado. De poco sirve que las mujeres hayan sólo oído hablar de algún método para influir sobre su uso, si no lo conocen.

Cuando se analiza detalladamente la información sobre conocimiento y uso de anticonceptivos, para el caso de México, el 36 por ciento de las mujeres que mencionaron espontáneamente la píldora la habían usado, contra el 6 por ciento de las que habían oído hablar de ella. Para quienes mencionaron al DIU, el 18 por ciento declaró haberlo usado contra el uno por ciento de quienes sólo habían oído hablar de él y diferencias similares se presentan con otros métodos.

Se puede observar también que conforme el nivel de escolaridad es mayor, lo es también el porcentaje de mujeres que mencionan espontáneamente cada método; esto, como se dijo, se encuentra relacionado con un conocimiento directo del anticonceptivo y por tanto con una mayor probabilidad de haberlo usado.

Con respecto a la práctica anticonceptiva, según los datos de la encuesta de 1969, del total de mujeres entrevistadas, 66 por ciento declaró que nunca había usado algún método para prevenir el embarazo (Potter, Ordóñez y Measham, 1976); no obstante, 18 por ciento de las mujeres eran usuarias de métodos modernos de planificación familiar, 43 por ciento de las mujeres urbanas y 14 por ciento de las mujeres rurales en unión estaban usando métodos anticonceptivos; los métodos más usados eran el retiro, la píldora y el ritmo.

Los cambios en el uso de anticonceptivos en las mujeres colombianas según localidad de residencia durante el periodo de 1969 a 1980 son analizados por Ochoa y Richardson (1982); los autores mencionan que durante ese lapso de tiempo se dieron cambios importantes en los niveles de uso de métodos anticonceptivos. La tendencia más clara ha sido la disminución del uso de

métodos tradicionales y su reemplazo por métodos más eficientes para evitar un embarazo, tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales.

Cuadro No. 9.11

COLOMBIA: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, 1969-1980

MÉTODOS	ZONA URBANA				ZONA RURAL			
	1969	1976	1978	1980	1969	1976	1978	1980
Métodos Modernos	23.0	42.0	45.0	45.3	6.0	22.0	24.0	31.0
Píldora	10.0	17.0	20.0	20.0	2.0	10.0	12.0	12.0
Condón	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
DIU	5.0	11.0	10.0	10.0	1.0	6.0	4.0	5.0
Esterilización femenina	2.0	7.0	9.0	11.0	1.0	4.0	5.0	10.0
Vasectomía		*	*	*		*		*
Inyecciones		1.0	1.0	1.0		*	1.0	2.0
Vaginales	3.0	4.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0
Métodos Tradicionales	20.0	11.0	10.0	8.0	9.0	10.0	6.0	6.0
Ritmo	8.0	6.0	5.0	6.0	3.0	4.0	2.0	2.0
Retiro	11.0	4.0	4.0	2.0	5.0	6.0	4.0	4.0
Otros	1.0	1.0	1.0	*	1.0	*	*	*
Todos los Métodos	43.0	53.0	55.0	53.6	15.0	32.0	30.0	37.0
Mujeres	1145	1454	1323	1851	1792	1373	703.0	792

Fuente: Ochoa, Hernando y Paul Richarson. Cuadro 2.3

*menos de 5 casos

Como puede observarse, la prevalencia en el uso de métodos modernos entre las mujeres unidas urbanas aumentó, pasó de 23 por ciento en 1969 a 45 por ciento en 1980. El uso de la píldora y la esterilización femenina fue en aumento en los dos tipos de localidades, aunque es menor el ritmo de incremento en la zona rural.

Para tener una idea clara de la tendencia en el uso de anticonceptivos que ocurrió en las décadas posteriores a 1980, es posible hacer referencia a los datos de la Encuesta Mundial de fecundidad de 1976, que mostró que el 37.7 por ciento de las mujeres en edad reproductiva unidas eran usuarias de algún método de planificación familiar con grandes diferencias entre áreas urbanas y rurales, ya que en las primeras, casi duplican el porcentaje de usuarias estimado en localidades rurales.; para pasar al 64, 66 y 72 por ciento en 1986, 1990 y 1995

respectivamente. Cifras recientes permiten estimar que en el año dos mil se ha logrado que el 76.9 por ciento de las mujeres unidas estén usando algún método para planificar su familiar.

Volviendo a los años recientes, los datos hacen evidente la importancia cada vez mayor de la esterilización en el conjunto de usuarias y esto es el resultado tanto de que la promoción de este método y su aplicación que ha sido el objetivo de los programas recientes, como el hecho de que al ser un método no reversible, los porcentajes de usuarias representan la acumulación de las mujeres que sucesivamente van optando por este método y que están representadas en el conjunto de las mujeres en edades reproductivas. Debe decirse también que en años recientes aumentó en forma considerable el uso del condón, aunque en el conjunto total representen todavía un porcentaje mínimo de usuarias, mientras que la píldora va perdiendo importancia.

Para no perder de vista el tema objeto de análisis, debe reiterarse que las sucesivas encuestas muestran claramente la mayor prevalencia en el uso de anticonceptivos entre las mujeres con mayor nivel de instrucción.

Cuadro No. 9.12

COLOMBIA: PORCENTAJE DE MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE MÉTODO USADO 1969-1990

TIPO DE MÉTODO	ENDS-69	ENPF-80	ENDS-86	ENDS-90
Métodos Modernos	18.0	ND	52.5	54.6
Píldora	11.0	18.0	16.4	14.1
DIU	N.D	9.0	11.0	12.4
Esterilización*	N.D	12.0	18.8	21.4
Otros	S.I	5.0	6.3	6.7
Métodos tradicionales	15.5	8.0	12.3	11.4
Ritmo	5.0	n.d	5.7	6.1
Retiro	8.0	n.d	5.7	5.2
Folclóricos	S.I	n.d	0.9	0.5
Uso total	28.5	51.0	64.8	66.1

N.D = No disponible S.I = Sin información

Fuente: ASCOFAME, 1969; CCRP, 1986 y PROFAMILIA, 1990 y 1995
1980: CCRP, Minsalud. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso

9.9. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en México y Colombia según las encuestas de 1995.

En el cuestionario de las Encuestas, Nacional de Planificación Familiar de México, 1995 y la Nacional de Demografía y Salud, 1995 de Colombia, se incluye una sección sobre conocimiento y uso de anticonceptivos que, con datos tanto del pasado como de la situación actual, permiten reconstruir la historia anticonceptiva de la población femenina y estimar la prevalencia en el uso.

La forma de estimar el conocimiento es la misma utilizada en las anteriores encuestas aquí comentadas y se hace a través de la pregunta sobre los métodos que la mujer menciona espontáneamente o de los cuales había oído hablar, lo que permite estimar los dos componentes del conocimiento: mención espontánea o conocimiento una vez que la entrevistadora menciona el método. Este no es un ejercicio carente de sentido. Como se ha comentado con anterioridad, en años recientes, la amplia difusión del conocimiento que ha hecho que éste se acerque a la universalidad, ha generado la idea de que ya no es necesario implementar acciones concretas que permitan a la población saber de la existencia de métodos para controlar la fecundidad. Sin embargo, este conocimiento es muy limitado e incluso, sólo haber oído hablar de algún anticonceptivo puede generar una idea imprecisa de él e incluso, generar una actitud en contra de su uso. Esto es especialmente cierto, cuando este “saber de oídas” se produce a partir de que se genera algún rumor sobre daños a la salud que pudiera ocasionar el uso de un determinado anticonceptivo. Esto no es una situación intrascendente y las experiencias en Colombia y México, son muy reveladoras del efecto negativo que puede tener una situación de esta naturaleza. Al respecto, hay situaciones documentadas en que, especialmente mujeres adolescentes e indígenas deciden no usar algún método anticonceptivo porque les han dicho que su uso las deja esterilizadas, o les producen otras enfermedades.⁴⁹ Por esta razón parece relevante conocer si las mujeres conocen los métodos porque los mencionaron espontáneamente o porque oyeron hablar de ellos, situación que se describió ya con los datos de las encuestas de 1976.

⁴⁹ "Me decían que las inyecciones tampoco, porque retarda la regla (menstruación), que la T no servía, que las pílas son abortivas". (Canaval, G., et, al. 2006). Yo ya no quisiera tener, pero ¿cómo voy a hacer para ya no tener? No hay una cosa que sea definitiva. Bueno, dicen que la operación, pero a mi la verdad me da miedo, dicen que una se enferma, que si una se opera ya no puede trabajar y como no tengo niñas, ¿quien me va a yudar?. "La operación no te la vayas a hacer, ya ves que tu tía quedó mal, no volvió a ser igual". Eso me dijo mi mamá, (Vázquez y Flores, 2003)

Si el conocimiento de los métodos anticonceptivos es un paso previo a su utilización se justifica saber cual es el nivel de conocimiento de la anticoncepción entre las mujeres en general y entre las mujeres unidas.

Debe mencionarse que en los cuestionarios utilizados en cada encuesta, responden al esquema analítico que ha guiado la investigación sobre conocimiento y uso de anticonceptivos planteado por Davis y Blake (1956) y en el cual operativamente se establece una clasificación que agrupa la contracepción según la forma de incidir sobre el proceso reproductivo y según su nivel de eficacia. Un primer grupo es el de los métodos químicos que han sido diseñados con aportes de la tecnología moderna para evitar un embarazo y que pueden ser de aplicación local para impedir que el espermatozoide llegue a fecundar a un óvulo, como las espumas, las jaleas o los supositorios o bien, aquellos que actúan a través de sustancias que modifican la fisiología de la mujer para evitar la ovulación o la implantación de un óvulo en la matriz, entre ellos se encuentran: la píldora, el dispositivo intrauterino y las inyecciones, o métodos de barrera como el diafragma, o el preservativo y finalmente, la esterilización femenina o masculina.

Dentro de los métodos no químicos y tradicionales se encuentran la ducha, la abstinencia, el retiro y el ritmo. Esta clasificación resulta relevante porque está ligada tanto al nivel de eficacia de los diversos métodos como a su accesibilidad, factores que son importantes de tomar en cuenta en la medida en que su uso estará afectando en forma diferencial el nivel de fecundidad de una población.

El perfil de conocimiento y uso de anticonceptivos se modifica a través del tiempo como resultado del desarrollo tecnológico y de los cambios que se producen en las características de la población y que afectan su nivel de conocimiento, sus preferencias y el acceso a cada método. Precisamente, una de las características más relevantes que pueden incidir sobre el patrón de uso de anticonceptivos es el nivel de escolaridad de la población y concretamente de la población femenina.

A nivel nacional se puede afirmar que el conocimiento que tienen las mujeres mexicanas y colombianas sobre los métodos de planificación familiar, es casi universal, particularmente cierto en Colombia, puesto que del total de mujeres el 99.6 por ciento conoce algún método y en México este porcentaje es 93.1. Un dato importante es que de las mujeres sin experiencia sexual el 98.6 y el 89.2. por ciento de las mujeres colombianas y mexicanas, respectivamente, tienen conocimiento de algún método anticonceptivo.

De los métodos modernos el más conocido es la píldora; en orden decreciente le siguen el dispositivo intra uterino (DIU), las inyecciones, implantes subdérmicos, métodos vaginales, condón y la esterilización femenina. Por su parte las mujeres unidas conocen más la pastilla, la esterilización femenina y el condón. El método moderno menos conocido en los dos países es el Norplant o implante subdérmico, pues es un método relativamente nuevo y por cierto, menos promocionado en México que en otros países, lo que se hace evidente en el hecho de que sólo una de cada ocho mujeres haya declarado que lo conocía; en Colombia el conocimiento es considerablemente mayor porque allí sí se ha hecho un gran esfuerzo para promocionarlo y ha sido parte del programa de atención a las mujeres en el posparto, de tal manera que el personal médico les muestra en este periodo el método para que puedan decidir sobre su uso .

Cuadro No. 9.13

COLOMBIA: PORCENTAJES DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES UNIDAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE MÉTODO.

MÉTODOS	TOTAL MUJERES			MUJERES UNIDAS		
	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total
Píldora	88.5	9.6	98.1	90.2	8.9	99.1
DIU	59.8	31.9	91.7	68.1	28.2	96.3
Inyecciones	42.6	47.8	90.4	46.8	48.1	94.9
Vaginales	34.1	50.2	84.3	36.1	50.9	87.0
Condón	56.0	41.6	97.6	51.4	46.5	97.9
Esterilización femenina	26.6	69.9	96.5	32.5	66.0	98.5
Esterilización masculina	8.1	67.1	75.2	8.1	69.5	77.6
Ritmo	24.1	56.0	80.1	24.2	58.8	83.0
Retiro	3.7	68.8	72.5	3.9	73.6	77.5
Norplan	22.9	39.9	62.8	24.9	42.4	67.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-1995.

Cuadro No. 9.14

**MÉXICO: PORCENTAJES DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES UNIDAS
SEGÚN CONOCIMIENTO DE ANTICOCNEPTIVOS, POR TIPO DE MÉTODO.**

MÉTODOS	TOTAL MUJERES			MUJERES UNIDAS		
	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total
Píldora	72.7	15.7	88.4	76.4	14.4	90.8
DIU	56.3	28.3	84.6	64.0	25.0	89.0
Inyecciones	52.8	30.1	82.9	57.0	30.3	87.2
Vaginales	20.4	25.7	46.1	21.2	26.5	47.7
Condón	41.8	35.6	77.4	40.0	37.7	77.7
Esterilización femenina	30.1	53.5	83.7	34.0	53.3	87.3
Esterilización masculina	17.9	53.3	71.2	18.9	54.3	73.2
Ritmo	18.4	36.7	55.1	20.0	38.7	58.7
Retiro	8.4	30.8	39.2	8.8	33.1	41.9
Norplan	4.5	7.0	11.5	4.7	7.3	12.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-1995.

En general, no hay grandes diferencias en el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres de los dos países, pero se aprecian diferencias en algunos métodos en particular; por ejemplo, el conocimiento de métodos de aplicación local vaginal es en México muy bajo, pero el porcentaje de mujeres que conoce los métodos tradicionales es mayor que en Colombia; este dato es importante porque puede suponerse la existencia de canales de transmisión de conocimiento sobre la anticoncepción a través de los parientes, amistades u organizaciones como la iglesia, que en este último caso puede recomendar su uso si se trata de métodos como el ritmo y por lo tanto, hacer también evidente la necesidad de una mayor difusión entre las mujeres mexicanas de los métodos más modernos y eficaces, ya que en algunos sectores el conocimiento de métodos tradicionales va asociado a un desconocimiento real de la anticoncepción eficiente.

Aunque no se presenta una tabulación con datos más desagregados, debe resaltarse que las diferencias en el conocimiento teniendo en cuenta características como la edad, muestra claramente, como era posible esperar, que las mujeres más jóvenes conocen más los métodos modernos, en contraste con las mujeres de mayor edad entre las cuales hay un mayor conocimiento de los métodos tradicionales.

9.9.1. Conocimiento de métodos anticonceptivos y escolaridad.

La educación juega un papel importante en el acceso a la información sobre métodos para controlar la fecundidad. Si bien es cierto que hay un porcentaje de conocimiento ya de por sí elevado entre las mujeres sin escolaridad, este conocimiento es todavía mayor entre las más escolarizadas. Ahora bien, aunque las diferencias entre los grupos educativos son pequeñas y es posible suponer, por las características de los programas de diversas instituciones dedicadas a la planificación familiar, que la difusión de los medios para limitar o espaciar los nacimientos ha alcanzado a todos los grupos sociales de la población femenina, como también ya se mencionó, esto no quiere decir que la información que cada mujer adquiere, ha sido recibida y procesada de igual manera, de forma tal que un conocimiento cualitativamente diferente puede incidir de esta manera (diferencial) sobre su uso.

Saber en qué consiste el método, cómo funciona y cuáles pueden ser sus efectos colaterales, sin duda que está relacionado con el nivel de escolaridad de las mujeres. La estimación del conocimiento que tradicionalmente se ha hecho no parece ser la adecuada y puede ser importante profundizar en el resultado de la pregunta tradicional ¿Usted conoce o a oído hablar de (método anticonceptivo) ? para hacer evidente que todavía en la actualidad se percibe la necesidad que tienen las mujeres de estar más y mejor informadas.

Cuadro No. 9.15

COLOMBIA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE LAS MUJERES UNIDAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO.

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total
Píldora	76.4	19.2	95.6	86.9	11.2	98.1	90.7	8.6	99.3	92.9	7.0	99.9
DIU	36.0	48.6	84.6	56.1	36.4	92.5	64.8	31.5	96.3	78.9	20.4	99.3
Inyecciones	37.2	54.3	91.5	42.7	47.2	89.9	50.0	44.9	94.9	47.5	49.9	97.4
Métodos vaginales	19.6	47.9	67.5	24.1	48.9	73.0	33.5	52.4	85.9	44.6	51.2	95.8
Condón	25.5	62.6	88.1	37.4	57.3	94.7	47.6	50.7	98.3	62.5	37.5	100.0
Esterilización femenina	31.2	64.0	95.2	34.6	63.2	97.8	31.7	66.3	98.0	32.2	67.2	99.4
Esterilización masculina	0.9	48.9	49.8	2.8	55.3	58.1	5.3	66.8	72.1	12.8	79.4	92.2
Ritmo	4.1	48.9	53.0	8.6	56.1	64.7	15.7	64.0	79.7	38.3	57.7	96.0
Retiro	3.2	51.7	54.9	3.8	59.6	63.4	2.2	71.6	73.8	5.1	83.1	88.2
Norplan	5.0	35.0	40.0	11.0	34.2	45.2	19.5	43.1	62.6	36.4	46.1	82.5

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-1995.

Cuadro No. 9.16

MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE LAS MUJERES UNIDAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO.

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total	Sí espontáneo	Sí con ayuda	Total
Píldora	51.9	19.0	70.9	63.4	19.3	82.7	75.4	16.4	91.8	86.1	10.3	96.4
DIU	39.7	27.4	67.1	44.0	37.4	81.4	64.3	25.8	90.1	74.7	20.1	94.8
Inyecciones	29.1	35.5	64.6	48.0	34.7	82.7	56.9	30.7	87.6	65.3	27.4	92.7
Métodos vaginales	8.4	17.9	26.3	7.6	21.1	28.7	17.5	23.8	41.3	30.9	32.2	63.1
Condón	13.9	32.2	46.1	22.0	36.7	58.7	35.2	43.1	78.3	54.7	34.8	89.5
Esterilización femenina	26.4	44.1	70.5	31.0	53.3	84.3	31.5	54.4	85.9	38.5	54.2	92.7
Esterilización masculina	12.2	34.6	46.8	8.7	48.2	56.9	15.8	55.9	71.7	26.0	58.9	84.9
Ritmo	7.7	24.3	32.0	9.4	30.9	40.3	11.1	38.2	49.3	32.9	44.4	77.3
Retiro	6.4	23.2	29.6	4.0	19.8	23.8	4.3	28.6	32.9	14.4	42.9	57.3
Norplan	0.5	1.8	2.3	1.4	3.9	5.3	3.5	3.3	6.8	7.5	12.7	20.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

El panorama es muy sugerente cuando se observan los porcentajes de mujeres que mencionaron espontáneamente cada método y se hace evidente que son las mujeres más escolarizadas las que tienen este conocimiento que, como es posible suponer, se encuentra relacionado con una mayor probabilidad de uso de anticonceptivos. Llama la atención el limitado conocimiento que tiene un método como el condón entre las mujeres mexicanas que no fueron a la escuela, ya que menos de una de cada dos declararon conocerlo y en general el conocimiento es más bajo que en Colombia.

Entre los dos países, las diferencias en el conocimiento de métodos anticonceptivos, de acuerdo al nivel de escolaridad muy probablemente reflejen la naturaleza y la cobertura de los programas de planificación familiar. En PROFAMILIA en Colombia, una población a la que se le presta una atención especial es precisamente aquella ubicada en los estratos más bajos de la estratificación social en cuyo caso, la población femenina está caracterizada por su baja escolaridad.

9.9.2. Conocimiento del periodo reproductivo

Como parte del análisis sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, es posible incorporar información adicional relacionada con algunos métodos específicos, porque aún hoy en día, las organizaciones que se oponen al uso de métodos modernos y efectivos para limitar la fecundidad, como la Iglesia Católica, promueven el uso del ritmo, también denominado método Billings, método del moco cervical, de la temperatura, etcétera, según sea la metodología particular que se use para determinar el período fértil. Por lo tanto, un tema que puede resultar significativo en relación con su práctica correcta y su efecto sobre la fecundidad, es el conocimiento que a su vez la mujer tenga sobre el período fértil, condición inicial para un uso efectivo. Esta información por cierto, pocas veces se ha recopilado en las encuestas especializadas y menos aún se ha analizado.

Los datos muestran que, no obstante que el método del ritmo sea promovido insistentemente por organizaciones contrarias a la anticoncepción moderna, su conocimiento es muy limitado e incluso muchas mujeres que dicen conocerlo, no saben cómo funciona. Por esta razón, en el caso de Colombia se ha investigado con más detalle este conocimiento y en la encuesta que sirve de base al presente análisis se incluyeron preguntas para estimar si la mujer

sabe sobre el período en que potencialmente es más fértil y por tanto, estaría en una situación en la cual podría utilizar el ritmo con mayor efectividad.

Los resultados muestran el poco conocimiento que tienen las mujeres de situaciones elementales sobre la fisiología de la reproducción y por lo tanto, hacen evidente el riesgo de un embarazo cuando deciden recurrir al ritmo para controlar su fecundidad. Sólo una de cada dos mujeres puede identificar la ubicación del período de mayor fertilidad a la mitad del ciclo menstrual.

Cuadro No. 9.17

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DEL PERIODO FÉRTIL DURANTE EL CICLO MENSTRUAL POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

CONOCIMIENTO DEL PERIODO FÉRTIL	NIVEL DE ESCOLARIDAD						TOTAL	
	0 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +		Total	Unidas
	Total	Unidas	Total	Unidas	Total	Unidas		
Durante la menstruación	1.8	1.7	1.6	1.1	0.7	0.7	1.2	1.0
Después de la menstruación	22.8	24.2	20.3	23.3	12.2	12.7	16.4	18.6
Antes de la menstruación	5.8	5.8	5.9	5.4	4.3	4.1	5.0	4.9
A la mitad del ciclo	20.1	22.1	33.2	37.4	62.2	64.7	46.3	46.5
En algún momento	5.1	5.3	4.3	4.7	2.0	2.0	3.2	3.6
No sabe	38.7	34.7	29.6	21.7	12.8	10.1	22.3	19.4
No responde	5.7	6.2	5.1	6.4	5.8	5.7	5.6	6.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

El panorama se torna más dramático al tomar en cuenta la escolaridad de las mujeres. Casi el cuarenta por ciento de las mujeres que tienen entre 0 y 3 años de escolaridad declararon no saber ubicar sus días fértiles y dos de cada diez mujeres consideran que su período fértil se ubica después de la menstruación, es decir no tienen claro conocimiento sobre el momento de mayor riesgo de embarazo, ya que como lo establece la literatura especializada, “las probabilidades de que la mujer quede encinta durante los primeros 5 o 6 días del ciclo son mínimas” (Hatcher et al, 2002). Pero incluso entre las mujeres más escolarizadas este conocimiento es limitado.

Cuando se analiza esta respuesta según el uso actual de métodos anticonceptivos los datos muestran un elevado desconocimiento de los días fértiles entre las usuarias del ritmo y el retiro. Aunque en sentido estricto sólo se deberían haber incluido usuarias del ritmo, se decidió incluir también a usuarias del retiro, al considerar al conjunto de mujeres que tienen relaciones

sexuales sin protegerse del riesgo de un embarazo por medios físicos o químicos, es decir, aquellas que usan “métodos naturales”. Aunque el porcentaje de usuarias del ritmo o el retiro es muy bajo en el conjunto de la población femenina, es obvio que para este grupo, este desconocimiento de los días fértiles implicaría que tener relaciones sexuales sin protección, conlleva un elevado riesgo de quedar embarazadas. Nuevamente como era lógico esperar, resulta que entre aquellas usuarias del ritmo, las mujeres con menor escolaridad son las menos informadas sobre sus días de mayor fertilidad a lo largo del ciclo menstrual, de tal manera que entre quienes tienen entre 0 y 3 años de escolaridad, sólo la mitad identifican sus días fértiles. Desde otro punto de vista, los datos sugieren que a pesar que estas mujeres se consideren así mismas usuarias de anticonceptivos, éstas no están debidamente protegidas de un embarazo no deseado.

Finalmente, debe mencionarse que a mayor escolaridad disminuye el porcentaje o proporción de mujeres que no identifican su período de mayor fertilidad y este porcentaje es todavía muy significativo para las mujeres en el grupo de escolaridad más elevado.

Cuadro No. 9.18

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DEL PERIODO FÉRTIL DURANTE SU CICLO MENSTRUAL POR NIVEL DE ESCOLARIDAD. USUARIAS DE RITMO O RETIRO.

CONOCIMIENTO DEL PERÍODO FÉRTIL	NIVEL DE ESCOLARIDAD						TOTAL	
	0 a 3 años		4 a 6 años		7 años y +		Retiro	Ritmo
	Retiro	Ritmo	Retiro	Ritmo	Retiro	Ritmo		
Durante la menstruación	1.6	1.8	1.8	1.6	0.0	0.0	1.1	0.6
Después de la menstruación	29.6	36.8	23.9	11.3	16.9	8.0	23.5	13.8
Antes de la menstruación	11.2	1.8	8.8	4.8	3.4	4.0	7.9	3.8
A la mitad del ciclo	14.4	50.9	28.3	66.1	66.1	81.5	36.0	73.1
En algun momento	4.0	0.0	4.4	3.2	3.5	0.5	3.9	0.9
No sabe	8.0	3.4	7.1	8.2	4.2	3.5	6.5	4.4
No responde	31.2	5.3	25.7	4.8	5.9	2.5	21.1	3.4
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

En conclusión, el conocimiento de anticonceptivos que tienen las mujeres de los dos países es casi universal, si tomamos en cuenta el hecho de que casi todas por lo menos conocen o han oído hablar de algún método, incluso entre las mujeres solteras y que no tienen relaciones sexuales se observa esta situación; sin embargo, debe subrayarse que el conocimiento “de oídas”, no puede tener gran significación en relación con su uso, por lo que habría que eliminar la falsa idea de que en materia de información sobre los métodos anticonceptivos casi todo está hecho.

Como se ha hecho evidente, existe un porcentaje importante de mujeres que no conoce su periodo reproductivo y entre usuarias de métodos que requieren de este conocimiento este porcentaje es aún significativo. Por lo tanto debe reconocerse esta situación, que aunque parece simple resulta ser en la práctica trascendental, porque finalmente habrá mujeres que tengan un mayor número de embarazos no deseados, al suponer que con el ritmo están protegidas de un posible embarazo al tener relaciones sexuales en ciertos días de su ciclo menstrual.

9.10. Uso de Métodos de planificación familiar en México y Colombia, 1995.

En esta sección se analiza la práctica anticonceptiva con una referencia inicial sobre las mujeres según su uso actual, el uso previo y el hecho de nunca haber usado, así como el inicio de la planificación familiar. Además, se analizan las razones para usar anticonceptivos y específicamente, interesa identificar si la anticoncepción tiene como objetivo limitar o espaciar los nacimientos.

Del total de mujeres encuestadas, 43.2 por ciento de las mexicanas y 48.1 por ciento de las colombianas se declararon usuarias de algún tipo de método anticonceptivo, mientras que un 45.6 y un 30.7 por ciento del total de mujeres nunca han usado anticonceptivos. Entre las mujeres unidas, la prevalencia en el uso de anticonceptivos es de 66.5 y 72.2 por ciento en México y Colombia, respectivamente.

Cuadro No. 9.19

MÉXICO Y COLOMBIA: PORCENTAJE DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS	MÉXICO		COLOMBIA	
	Total	unidas	Total	unidas
Usuaris actuales	43.2	66.5	48.1	72.2
Alguna vez usuarias	54.4	80.3	69.3	91.7
Nunca usuarias	45.6	19.7	30.7	8.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

9.10.1. Uso actual por tipo de método

La esterilización femenina aparece como el método más utilizado seguido por el dispositivo intrauterino y la píldora; la existencia de una proporción cada vez más importante de mujeres esterilizadas muy probablemente sea la característica del patrón de uso de los años recientes y refleja la acumulación de usuarias de este método a través del tiempo. Puede observarse que la prevalencia es superior en Colombia y que además existen diferencias en la distribución de usuarias entre las cuales se puede mencionar un mayor uso de la píldora y el retiro en este país; sin embargo, en el caso de este último método probablemente las mujeres unidas lo están identificando como una práctica que tiene que ver con el hecho de no tener relaciones sexuales por la ausencia de la pareja, es decir que el marido o compañero esté “retirado” del hogar conyugal, más que con la interrupción del coito antes de la eyaculación.

Otra diferencia importante es el mayor uso del DIU en México, lo que muy probablemente refleje la acción de las instituciones públicas, entre otras el Instituto Mexicano del Seguro Social ya que través del programa IMSS-Solidaridad, se propuso incorporar a mayor número de mujeres al uso del DIU, en virtud de que este método “es indicado en mujeres con vida sexual activa y que todavía no concluyen su reproducción; ... tiene una continuidad 50 % más alta que los hormonales (y) muy importante resulta destacar que su superioridad está dada fundamentalmente por producir menores efectos colaterales” (IMSS, 2001; p. 79).

Cuadro No. 9.20**MÉXICO Y COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO UTILIZADO.**

TIPO DE MÉTODO	MÉXICO		COLOMBIA	
	Total	Unidas	Total	Unidas
Píldora	12.8	13.5	17.7	17.9
DIU	22.0	22.0	15.3	15.3
Inyección	4.6	4.6	3.7	3.5
Locales	0.6	0.7	2.0	2.0
Condón	4.5	4.6	6.6	6.0
Esterilización Femenina	41.4	40.0	35.1	35.6
Esterilización Masculina	0.9	1.0	0.8	0.9
Abstinencia	8.6	9.0	8.2	7.2
Retiro	4.5	4.5	7.5	8.1
Otros	0.0	0.0	2.1	2.5
Norplan	0.1	0.1	0.8	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95 y la ENDS-95.

El patrón de uso de anticonceptivos según tipo de método debe ser analizado según la edad de las mujeres, porque su elección depende en gran medida del momento en que se encuentren en su período reproductivo (desde luego, también está relacionado con el número de hijos que la mujer tenga).

Entre las mujeres en unión conyugal se observa la incorporación creciente a la práctica anticonceptiva hasta llegar a alcanzar un máximo en el grupo de 35 a 39 años. Entre las mujeres más jóvenes la píldora y el DIU son los métodos más usados y la esterilización es el método mayormente utilizado a partir de los 30 años. Entre las mujeres mayores de 35 años el porcentaje de mujeres no usuarias es muy elevado, lo que probablemente se encuentre relacionado con la percepción que tienen de su propia fertilidad, ya que muchas de ellas deciden no usar anticonceptivos ya que asumen que no están en riesgo de embarazarse, especialmente es el caso de las mujeres en el grupo de 45 a 49 años.

Cuadro No. 9.21**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE METODO UTILIZADO**

TIPO DE MÉTODO	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
No usuaria	49.1	39.2	28.2	21.9	17.6	21.5	35.8	27.8
Píldora	18.8	19.0	18.8	14.7	9.7	5.7	2.3	13.0
DIU	6.5	13.1	15.1	14.7	9.9	5.9	5.0	11.1
Inyecciones	4.8	4.6	3.7	2.4	1.2	0.9	0.5	2.5
Diafragma	1.7	1.6	1.3	1.4	1.0	1.9	1.4	1.4
Condón	4.1	4.7	5.5	4.3	4.7	3.2	2.3	4.3
Esterilización femenina	0.3	3.3	12.1	25.7	41.6	47.4	41.8	25.7
Esterilización masculina	0.0	0.1	0.6	1.1	1.2	0.5	0.6	0.7
Abstinencia	3.1	3.4	5.4	6.5	6.6	5.9	3.0	5.2
Retiro	8.9	6.6	6.2	5.1	5.3	5.6	5.3	5.9
Otros	2.0	3.3	1.8	1.4	1.1	1.5	1.9	1.8
Norplan	0.7	1.2	1.4	0.8	0.1	0.0	0.0	0.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 9.22**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE MÉTODO UTILIZADO**

TIPO DE MÉTODO	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
No usuaria	63.9	42.9	32.3	24.8	22.0	29.2	46.9	33.6
Píldora	4.8	8.3	15.3	11.1	7.6	4.5	2.6	9.0
DIU	17.2	25.6	20.6	13.8	6.9	5.3	8.0	14.6
Inyecciones	3.4	2.4	2.5	6.7	2.3	1.2	0.4	3.0
Diafragma	0.0	0.1	0.0	0.2	0.1	3.3	0.0	0.4
Condón	2.5	3.0	7.5	3.1	1.6	1.1	0.3	3.2
Esterilización femenina	0.1	4.4	14.4	31.6	50.8	38.7	37.1	26.5
Esterilización masculina	0.0	0.5	0.1	0.9	0.4	1.5	1.1	0.6
Abstinencia	1.3	8.2	3.8	5.4	4.8	13.9	3.1	6.1
Retiro	6.8	4.6	3.0	2.4	3.5	1.3	0.5	3.0
Otros	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Norplan	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Esta situación permite hacer referencia a lo importante que resulta analizar el uso de anticonceptivos limitándose a la población “expuesta al riesgo de tener hijos”, es decir, mujeres unidas no embarazadas y fértiles, para detectar algunas situaciones relacionadas con las razones que tienen las mujeres para no usar anticonceptivos y poder analizar a dos grupos de mujeres

según estén o no embarazadas y establecer en el caso de las primeras por qué no usaban anticonceptivos antes de embarazarse. Debe mencionarse sin embargo, que esta información pocas veces se obtiene en las encuestas y en el mejor de los casos, se investiga si la mujer se embarazó mientras usaba algún anticonceptivo, de tal manera que para las mujeres “no expuestas” porque están embarazadas, no es posible conocer las razones para no usar anticonceptivos, más allá del hecho mismo de su embarazo⁵⁰.

Aunque en la mayoría de los análisis ha sido una limitación incluir a las mujeres independientemente de su estatus de exposición al riesgo de tener hijos, cuando se pregunta por las razones para no limitar su fecundidad, los resultados dan una idea de los factores que deben ser tomados en cuenta al diseñar un programa que tenga como objetivo incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.

Junto con las razones para no usar anticonceptivos es posible analizar las razones para usar anticonceptivos, lo que también puede aportar al conocimiento de los factores que explican determinado nivel de prevalencia en el uso de estos métodos.

Lamentablemente, en las encuestas que sirven de base a este análisis, la información detallada sobre las razones de uso sólo se obtuvo para el caso de México y se captó de tal manera que se consideran al mismo nivel, tanto las actitudes o condiciones estrictamente personales que llevan a una mujer a tomar la decisión de usar determinado anticonceptivo, como las factores del medio que determinan o inciden en esta decisión.

Con respecto a los canales de influencia, el cuadro No.9.23 hace evidente el importante papel que juegan los prestadores de servicios en la elección del anticonceptivo cuando el uso supone la intervención del personal médico ya sea a través de su prescripción, su colocación, o la realización de una cirugía.

Por otra parte, la limitación definitiva de la fecundidad o la postergación de un embarazo y por tanto la ampliación de los intervalos genésicos constituyen razones fundamentales para optar por determinado método. Pero además, la manera en que actúa cada anticonceptivo influye en su elección, de tal manera que, por ejemplo, en el caso del condón, el ritmo o el retiro, el hecho de que no exista el temor porque tengan efectos colaterales o bien, que se comparen sus efectos con los que de otros métodos, constituye la razón principal para usarlos.

⁵⁰ Pocas veces se pregunta en las encuestas especializadas si antes del embarazo se usaban anticonceptivos y las razones para no haber usado en aquella época.

Cuadro No. 9.23

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ALGUNOS MÉTODOS USADOS Y RAZÓN DE USO DEL MÉTODO.

RAZÓN DE USO DEL MÉTODO	OPERACIÓN FEMENINA	OPERACIÓN MASCULINA	PÍLDORA	INYECCIONES	DIU	CONDONES	RITMO RETIRO	OTROS
Recomendado por prestador	23.5	20.5	29.1	16.5	27.5	13.7	5.4	2.7
Recomendado por amigo/fam	1.4	0.2	2.2	3.6	0.8	0.2	0.9	7.3
Por temor a efectos colaterales de otros métodos	3.9	6.4	4.1	26.7	8.6	22.4	31.0	0.0
Forma de uso	1.4	0.0	22.1	18.6	16.8	20.1	17.3	0.0
Acceso/ disponibilidad	1.3	1.4	17.4	5.8	3.0	15.0	6.8	71.3
Costo	0.4	0.0	3.4	0.0	0.5	0.2	0.5	0.0
Quería metodo permanente	39.3	16.7	2.9	8.0	7.3	0.8	0.2	0.0
Es el que prefirió el esposo	4.8	34.3	1.3	1.1	0.6	13.6	18.8	0.4
Quería metodo más efectivo	15.2	20.6	13.3	16.4	29.4	3.2	4.2	17.1
Único que conocía	0.3	0.0	4.0	2.0	1.3	2.3	3.0	0.7
Otro	8.5	0.0	0.3	0.6	4.0	8.5	12.0	0.6
N. R	0.0	0.0	0.0	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Un porcentaje significativo de mujeres usuarias de condón, ritmo o retiro, mencionan que es el método que el esposo prefirió usar. ¿Es posible pensar que esto se encuentra relacionado con un control de la sexualidad y la vida reproductiva que ejerce la pareja conyugal de la mujer, en la medida en que sólo este tipo de métodos requieren la participación del hombre y por tanto de su decisión personal por usarlos y de su conocimiento, mientras que en el caso de otros anticonceptivos la mujer puede decidir su uso, incluso sin siquiera informar a su pareja. Esta situación merece ser explorada con información más detallada que no se obtiene con una encuesta como la que ahora se analiza; sin embargo, esta cuestión debe dejarse anotada porque probablemente esté relacionada con la capacidad de decisión de las mujeres, con su condición social y específicamente con su nivel de escolaridad.

Si las razones para usar anticonceptivos pueden ilustrar los condicionantes de este uso, las razones para no usar anticonceptivos aportan un conocimiento adicional sobre estos factores.

Como es posible suponer, al considerar al conjunto de mujeres unidas sin tomar en cuenta su estatus de exposición al riesgo de concebir, el embarazo se convierte tanto en Colombia como en México en la razón principal de no usar anticonceptivos entre las mujeres más jóvenes y es también importante el hecho de estar amamantando un hijo lo que hace que no usen anticonceptivos; sin embargo, es de llamar la atención el elevado porcentaje de mujeres jóvenes que desean más hijos y por tanto que no controlan su fecundidad. Este deseo por más hijos es especialmente importante entre las mujeres colombianas. La situación contrasta con los

bajísimos porcentajes de mujeres que no usan porque no conocen métodos de control de la fecundidad o no saben en donde conseguirlos. Es decir, el no usar anticonceptivos parece una situación que se explica más por el deseo de tener hijos que por el desconocimiento de la anticoncepción. Surge de inmediato otra pregunta ¿esto explica el énfasis en limitar definitivamente la fecundidad por la vía de la esterilización que recientemente se observa en las instituciones que promueven la planificación familiar en Colombia?⁵¹. Si ya se observa que el conocimiento es prácticamente universal y no parece que el acceso a los métodos sea una limitante de su uso, habrá que incidir sobre el deseo de más hijos transformando las condiciones que lo influyen, pero como esto requiere a su vez de cambios en la situación social de la población femenina, parece que lo más sencillo ha resultado es la esterilización de las mujeres para incidir sobre el nivel de fecundidad, más que postergar el nacimiento del primer hijo o ampliar los intervalos genésicos, modificando las condiciones de las mujeres que las lleven a ser madres después de la adolescencia.

El embarazo como razón para no usar anticonceptivos en México alcanza porcentajes de alrededor de 40 por ciento en los grupos de edad de mayor fertilidad y podría esperarse una situación similar en Colombia; sin embargo, esto no es así. Es posible intentar alguna explicación de esta diferencia entre las dos poblaciones. Si se observa la situación en Colombia, los porcentajes de mujeres que no usan anticonceptivos porque desean más hijos son muy elevados, llegan a ser del 29.7 por ciento en el grupo 25-29; por el contrario, en México las mujeres que no usan porque quieren tener (más) hijos son muy bajos. Puede suponerse que las mujeres mexicanas a las cuales se les preguntó por qué no usaban anticonceptivos y estaban embarazadas, quedaron clasificadas en esta categoría sin mayor indagación, mientras que en el caso de las mujeres colombianas que estaban embarazadas pudo establecerse que no usaban anticonceptivos porque deseaban tener más hijos independientemente de su estado gestacional. En otras palabras, si consideramos la suma del embarazo y el deseo de más hijos, como una actitud y práctica de no limitar la fecundidad por este deseo, los porcentajes de mujeres en México que no usan anticonceptivos por esta razón pasarían a estar entre el 19.7 y el 50.2 por ciento.

⁵¹ “Alcaldía de Cúcuta esterilizará a mil mujeres de estratos bajos. La alcaldía de Cúcuta optó por un método de planificación radical: esterilizar quirúrgicamente a mil mujeres de escasos recursos. Invertirá en esta nueva etapa 140 millones de pesos, pues el año pasado esterilizó a 200 mujeres. La campaña tiene como meta operar a mujeres que tengan más de cuatro hijos, clasificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén. El alcalde dijo que se propone esterilizar a tres mil mujeres al término de este año.” El Tiempo, Abril 12 del 2005.

Este es un hallazgo significativo y modificaría la idea básica a partir de la cual se calcula la demanda insatisfecha de anticonceptivos, que parte de estimar el porcentaje de mujeres que no controlan su fecundidad y no desean tener más hijos y que por tanto, reflejan una demanda potencial de anticonceptivos que debería ser satisfecha, sin tomar en cuenta que, al excluir generalmente de la población base a las mujeres embarazadas de los cálculos que involucran a quienes no usan anticonceptivos, se deja fuera a un porcentaje muy elevado de mujeres que no usan anticonceptivos precisamente porque desean tener (más) hijos. Esto se puede resolver considerando a las mujeres embarazadas entre el universo de población al que se pregunta sobre el deseo adicional de hijos ya que inicialmente, este grupo no se toma en cuenta al estimar quienes no usan anticonceptivos, porque se considera que no están expuestas al riesgo de concebir. Parece evidente que los datos presentados permiten suponer que se subestima a la población que desea tener hijos si no se considera a este grupo de mujeres, es decir, a las embarazadas. En resumen, si bien existen mujeres que desean controlar su fecundidad y no tienen medios para hacerlo, hay otro porcentaje muy importante de mujeres que desean tener hijos y ésta es la razón por la que no usan anticonceptivos.

Cuadro No. 9.24

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN RAZÓN PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS, POR GRUPOS DE EDAD.

RAZÓN DE NO USO	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
No está de acuerdo con uso	9.7	3.2	1.6	1.8	2.6	6.5	13.1	5.1
Oposición de pareja/relig	1.3	1.7	5.3	2.9	2.4	1.9	2.2	2.7
No conoce métodos	4.7	3.1	3.4	9.2	4.6	4.6	3.4	4.6
No sabe como usar métodos	2.5	1.1	1.7	0.3	2.9	2.3	0.3	1.4
No sabe dónde conseguir	0.4	0.2	0.0	0.2	0.3	0.5	4.8	0.9
Desea más hijos	9.4	8.3	9.3	6.6	4.2	9.5	0.2	6.9
Efectos colaterales	2.2	4.8	5.7	9.5	7.6	8.6	1.5	5.6
Tiene una enfermedad	0.6	0.8	2.3	3.0	0.4	1.6	1.6	1.5
Dando pecho	13.7	8.4	11.4	8.1	8.5	1.2	0.8	7.7
Está embarazada	40.7	40.8	37.5	16.8	15.4	4.9	0.0	24.6
Ausencia temp.pareja	9.8	7.4	4.1	10.4	8.4	2.8	4.0	6.7
No tiene relaciones	0.6	2.6	1.4	1.5	4.7	8.5	15.2	4.6
No se embaraza fácil	3.1	15.3	11.5	22.3	16.5	12.8	8.7	13.3
Está en menopausia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	11.2	24.8	4.7
Esterilidad	0.0	0.8	1.8	6.5	18.2	20.5	18.7	8.1
Otras razones	1.2	1.6	3.0	1.0	2.5	2.6	0.5	1.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.25

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN RAZÓN PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS, POR GRUPOS DE EDAD.

RAZÓN DE NO USO	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
No está de acuerdo con uso	6.7	2.2	1.0	4.4	4.1	3.9	4.8	3.6
Oposición de pareja/relig	2.9	0.9	1.0	1.6	4.8	2.8	3.0	2.3
No conoce métodos	1.9	2.2	0.0	1.1	0.0	0.0	2.2	1.1
No sabe dónde conseguir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.2
Desea más hijos	22.1	21.3	29.7	29.0	19.9	6.1	2.6	18.1
Efectos colaterales	5.8	9.3	8.1	5.5	7.5	6.1	6.5	7.1
Tiene una enfermedad	1.9	4.0	3.3	2.7	3.4	6.1	3.9	3.8
Dando pecho	14.4	14.7	17.2	8.7	2.1	1.7	0.0	8.3
Está embarazada	24.0	15.1	3.3	1.1	0.7	0.6	0.0	5.5
Ausencia temp.pareja	4.8	7.6	3.3	5.5	7.5	3.9	4.3	5.2
No tiene relaciones	2.9	5.3	3.8	6.0	4.1	3.3	3.9	4.3
Está en menopausia	0.0	0.0	0.0	2.2	8.2	24.3	46.3	13.1
Esterilidad	4.8	7.6	18.2	18.6	29.5	31.5	14.7	17.8
Otras razones	5.8	9.3	11.0	12.6	7.5	9.9	6.5	9.1
No informa	1.9	0.0	0.0	1.1	0.7	0.0	0.4	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Ya que en este análisis interesa observar el efecto de la escolaridad sobre el comportamiento reproductivo, la relación entre ésta y las razones para usar o no usar anticonceptivos ilustra muy bien el efecto que la escolaridad puede tener sobre el conocimiento de los métodos de control natal, el deseo de más hijos y la capacidad de decidir sobre el uso de estos métodos.

Con respecto a las razones de uso de algunos métodos en particular, en especial aquellos que se usan más comúnmente, es interesante observar que en el caso de la esterilización, la importancia que tiene la recomendación del prestador de servicios sobre la elección del método, no parece variar significativamente entre los tres grupos de escolaridad, en todos los grupos su papel es muy importante; sin embargo, no sucede lo mismo con las inyecciones y el DIU ya que los porcentajes de mujeres que los usan a partir de esta recomendación, disminuye con el incremento de la escolaridad. Otro aspecto que llama la atención, es que la disponibilidad de las píldoras anticonceptivas es una de las razones prioritarias para explicar su uso entre las mujeres más escolarizadas.

Al considerar grandes grupos de la población femenina según nivel de escolaridad se debe tener presente la diferente estructura por edad de cada uno de estos grupos de manera que, algunas de las razones para usar o no usar anticonceptivos están muy relacionadas con la edad o más específicamente con la capacidad de una mujer de embarazarse. Como ya ha sido mencionado reiteradamente, las mujeres más viejas tienen los menores niveles de escolaridad en contraste con las mujeres más jóvenes que son las más escolarizadas y esto hace que por ejemplo, en el total de mujeres, los mayores porcentajes de mujeres embarazadas se encuentren precisamente entre las más escolarizadas, simplemente porque éstas se ubican en mayores proporciones en los grupos de 15 a 24 años de edad. Pero además de las situaciones que tienen que ver con el estatus de exposición al riesgo de concebir y de que, en el caso del embarazo, ésta condición es excluyente del uso de anticonceptivos, el efecto de la escolaridad sobre las razones para no usar anticonceptivos parece evidente tanto en Colombia como en México.

Cuadro No. 9.26

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN ALGUNOS MÉTODOS USADOS Y RAZÓN DE USO DEL MÉTODO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD Y RAZÓN DE USO DEL MÉTODO	TIPO DE MÉTODO				
	OPERACIÓN FEMENINA	PÍLDORA	INYECCIONES	DIU	CONDONES
0 a 3 años					
Recomendado por prestador	22.7	26.4	37.4	40.1	15.9
Recomendado por amigo/fam	0.3	0.9	1.4	2.4	0.0
Efectos colaterales con otro método	2.7	1.7	16.6	10.4	7.9
Forma de uso	0.6	41.3	8.9	9.7	6.7
Acceso/ disponibilidad/costo	0.9	3.3	6.1	7.4	52.6
Quería metodo permanente	44.8	2.1	4.3	8.9	0.0
Prefirió el esposo	4.2	0.3	3.5	0.0	3.4
Quería metodo más efectivo	14.9	5.7	10.8	16.3	1.1
Otras	8.9	18.3	9.7	4.7	12.5
N. R	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
4 a 6 años					
Recomendado por prestador	24.1	12.6	13.3	30.8	5.8
Recomendado por amigo/fam	0.2	2.1	6.9	1.1	0.0
Efectos colaterales con otro método	4.2	1.8	40.5	2.7	34.4
Forma de uso	1.5	28.7	6.1	13.3	11.3
Acceso/ disponibilidad/costo	0.3	24.9	9.0	1.3	14.2
Quería metodo permanente	39.5	2.2	7.6	3.0	4.0
Prefirió el esposo	7.5	3.6	0.7	1.1	5.4
Quería metodo más efectivo	13.4	21.2	13.2	37.3	2.0
Otros	9.3	2.8	2.3	9.4	22.9
N. R	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y +					
Recomendado por prestador	23.3	39.3	12.5	23.8	15.8
Recomendado por amigo/fam	2.8	2.7	0.6	0.3	0.3
Efectos colaterales con otro método	4.5	6.1	13.7	11.5	22.7
Forma de uso	1.8	11.9	37.5	19.9	27.5
Acceso/ disponibilidad/costo	3.2	24.3	1.9	4.2	3.6
Quería metodo permanente	34.9	3.6	9.9	9.4	0.0
Prefirió el esposo	4.5	0.3	0.7	0.3	19.8
Quería metodo más efectivo	17.0	11.3	22.5	27.0	4.4
Otros	7.9	0.4	0.4	3.2	5.9
N. R	0.0	0.0	0.3	0.4	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Al continuar con el análisis de las actitudes ante la anticoncepción, los porcentajes de mujeres que no están de acuerdo con su uso disminuyen conforme aumenta la escolaridad y esto es más claro en el caso de México; así mismo, la oposición de la pareja al uso prácticamente desaparece entre las mujeres con 7 o más años de escolaridad.

Por lo que hace a las razones para no usar anticonceptivos y que tienen que ver con el conocimiento, ya sea de los mismos métodos, de la forma de conseguirlos o de usarlos, o del temor de sus efectos colaterales, todas estas razones también parecen relacionarse claramente con la escolaridad, de tal manera que disminuye su importancia con el incremento de la escolaridad. En Colombia sin embargo, el desconocimiento de los anticonceptivos y de los lugares en donde se pueden conseguir no parece como razón para no usarlos.

Después de todo lo analizado en esta sección, es posible suponer que en su conjunto, las razones expresadas por las mujeres para no usar anticonceptivos contribuyen a explicar la existencia de los diferenciales en el uso de anticonceptivos según nivel de escolaridad, que continúan manifestándose a través del tiempo y en distintas sociedades, como sucede en los países aquí analizados.

Estos diferenciales en los porcentajes de usuarias según escolaridad se constatan con los datos de Colombia y México que se presentan a continuación.

Cuadro No. 9.27

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN RAZÓN PARA NO USARLOS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

RAZÓN DE NO USO	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más
No está de acuerdo con uso	7.8	6.1	1.6
Oposición de pareja/relig	4.9	2.8	0.6
No conoce métodos	8.9	2.7	3.1
No sabe como usar métodos	2.2	1.7	0.5
No sabe dónde conseguir	2.6	0.2	0.1
Desea más hijos	8.1	5.6	7.4
Efectos colaterales	8.1	5.1	4.1
Tiene una enfermedad	1.3	2.8	0.4
Dando pecho	6.7	7.8	8.4
Está embarazada	11.6	19.5	40.8
Ausencia temp.pareja	4.3	8.6	6.5
No tiene relaciones	8.3	4.1	1.9
No se embaraza fácil	8.0	19.1	11.4
Está en menopausia	10.3	3.4	1.4
Esterilidad	5.2	7.7	10.8
otras razones	1.7	2.7	0.9
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.28

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN RAZONES PARA NO USARLOS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

RAZÓN DE NO USO	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
No está de acuerdo con uso	4.7	4.0	2.1	3.5
Oposición de pareja/relig	5.8	0.5	0.4	2.3
No conoce métodos	2.3	0.8	0.0	1.0
No sabe dónde conseguir	0.5	0.0	0.0	0.2
Desea más hijos	8.6	16.7	28.1	18.2
Efectos colaterales	11.4	6.5	3.6	7.0
Tiene una enfermedad	3.0	4.0	4.4	3.8
Dando pecho	6.0	8.1	10.7	8.4
Está embarazada	4.7	6.5	5.5	5.5
Ausencia temp.pareja	4.2	5.1	6.5	5.3
No tiene relaciones	3.5	5.4	4.2	4.3
Está en menopausia	17.2	10.0	11.7	13.1
Esterilidad	16.3	20.8	17.2	17.9
Otras razones	10.9	11.6	5.5	9.1
No informa	0.9	0.0	0.2	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95

Con respecto al patrón de uso, en México el porcentaje de mujeres que no han usado anticonceptivos es todavía muy elevado, entre aquellas que tienen tres años o menos de escolaridad, poco más del 30 por ciento nunca han usado y llama la atención este elevado nivel porque se trata de mujeres en unión conyugal. Además, el porcentaje de mujeres que no han usado que se observa en México entre quienes tienen 7 o más años de escolaridad, es similar al de las mujeres menos escolarizadas en Colombia. No parece haber duda de que la población se ha incorporado más a la planificación familiar en este último país, incluso entre sectores con bajos niveles de escolaridad. Esto sin embargo, no implica que estén controlando su fecundidad efectivamente, ya que una proporción importante de mujeres usan métodos con poca efectividad como son los que suelen denominarse “tradicionales”. Si sólo se toman en cuenta los métodos modernos los porcentajes de usuarias son muy similares en los dos países y las diferencias entre los grupos de escolaridad se mantienen.

Cuadro No. 9.29

MÉXICO: PATRÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUNCA USUARIAS	ALGUNA VEZ USUARIAS	USUARIAS ACTUALES
0 a 3 años	30.6	69.4	57.5
4 a 6 años	21.0	79.0	63.8
7 años y más	13.1	86.9	73.3
Total	19.7	80.3	66.5

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.30

COLOMBIA: PATRÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES UNIDAS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NUNCA USUARIAS	ALGUNA VEZ USUARIAS	USUARIAS ACTUALES
0 a 3 años	13.8	86.2	65.8
4 a 6 años	8.8	91.2	72.4
7 años y más	5.2	94.8	75.5
Total	8.3	91.7	72.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Si se observa el patrón de uso por métodos específicos según escolaridad, el perfil de usuarias refleja las características demográficas asociadas a cada grupo, especialmente edad y paridez, pero también actitudes y prácticas asociadas a sus condiciones de vida. Las mujeres que no terminaron más de tres años de escolaridad recurrieron más a la esterilización que los grupos que le siguen, mientras que el dispositivo intrauterino es usado en mayor medida por las mujeres en el grupo con más educación. A este método que permite alargar los intervalos genésicos sin que esto implique limitar definitivamente la fecundidad, se tiene acceso a través de los consultorios o clínicas particulares, a los que por otra parte no acuden en igual medida las mujeres en los más bajos niveles de escolaridad ubicadas en los estratos sociales con menores recursos.

En Colombia, en el caso del condón un mayor uso está asociado con una escolaridad también mayor, pero no así en México y finalmente, la esterilización masculina aunque en todos los grupos de escolaridad presenta porcentajes mínimos, estos se incrementan con la escolaridad.

Cuadro No. 9.31

**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS
USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN TIPO DE MÉTODO
Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

TIPO DE MÉTODOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más	
Píldora	16.8	21.9	16.0	17.9
DIU	9.5	12.9	19.5	15.3
Inyecciones	1.8	3.3	4.3	3.5
Diafragma	1.3	2.1	2.3	2.0
Condón	2.0	4.4	8.8	6.0
Esterilización femenina	45.1	37.7	29.9	35.6
Esterilización masculina	0.5	0.8	1.2	0.9
Abstinencia periódica	5.8	4.8	9.4	7.2
Retiro	12.7	8.8	5.5	8.1
Otros	4.2	2.9	1.5	2.5
Norplan	0.3	0.4	1.6	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 9.32**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS
USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN TIPO DE MÉTODO
Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

TIPO DE MÉTODOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más	
Píldora	16.1	11.3	14.0	13.5
DIU	10.4	21.1	27.2	22.0
Inyecciones	3.5	6.5	3.7	4.6
Locales	0.0	0.0	1.4	0.7
Condón	4.7	3.0	5.9	4.7
Esterilización femenina	51.7	39.9	35.4	40.0
Esterilización masculina	0.2	0.9	1.3	1.0
Abstinencia periódico	8.3	10.2	8.4	9.0
Retiro	5.1	7.1	2.4	4.4
Otros	0.0	0.0	0.0	0.0
Norplan	0.0	0.0	0.3	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Si se observan las proporciones de usuarias en cada grupo de edad y nivel de escolaridad, las diferencias se mantienen a lo largo de todo el período reproductivo aunque sobresalen las que se presentan entre las mujeres más jóvenes ya que en el grupo 15 a 19, el porcentaje de usuarias con siete o más años de escolaridad casi duplica al grupo de escolaridad más baja.

Esta situación refleja el inicio claramente diferencial por edad en el uso de anticonceptivos entre grupos de escolaridad, como se hará evidente en el análisis que se presenta más adelante.

Cuadro No. 9.33

**MÉXICO: PROPORCIONES DE MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
POR GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más
15-19	0.245	0.349	0.429
20-24	0.424	0.487	0.640
25-29	0.593	0.530	0.768
30-34	0.663	0.771	0.766
35-39	0.726	0.765	0.848
40-44	0.622	0.757	0.796
45-49	0.437	0.587	0.696
TOTAL	0.575	0.638	0.733
TOTAL ESTANDARIZADO	0.570	0.633	0.737

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Nota: la población estándar es el total de mujeres unidas por edad.

Cuadro No. 9.34

**COLOMBIA: PROPORCIONES DE MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
POR GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más
15-19	0.306	0.538	0.589
20-24	0.491	0.611	0.648
25-29	0.685	0.721	0.725
30-34	0.730	0.793	0.794
35-39	0.762	0.831	0.858
40-44	0.729	0.779	0.841
45-49	0.577	0.672	0.709
TOTAL	0.658	0.724	0.755
TOTAL ESTANDARIZADO	0.653	0.730	0.756

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Nota: La población estándar es el total de mujeres unidas por edad.

Se ha considerado que el uso de anticonceptivos se encuentra relacionado con el número de hijos, de tal manera que con el incremento de la paridez se observa generalmente un incremento en el porcentaje de usuarias de anticonceptivos y sólo en determinados grupos de

mujeres con una clara idea de la planificación familiar se observa que este uso se inicia antes de tener hijos, cuando desean posponer el nacimiento del primer hijo.

Según la escolaridad de la mujer, aquellas mujeres en los dos niveles más bajos de escolaridad, sólo empiezan a usar anticonceptivos en un porcentaje significativo una vez que tienen al menos un hijo, es decir, no parece que en estos grupos haya intención de ampliar el intervalo protogenésico al postergar el momento de tener el primer hijo y esto es más claro en el caso de México.

Por otra parte, una vez que las mujeres con siete o más años de escolaridad tienen dos hijos, el control de la fecundidad se convierte en una práctica tan ampliamente difundida que, a partir de este número de hijos, más de ocho de cada diez mujeres unidas usan anticonceptivos.

Es posible observar el efecto del número de hijos sobre la incorporación de las mujeres por primera vez al uso de anticonceptivos según el número de hijos que tienen al usar por primera vez estos métodos.

Cuadro No. 9.35

MÉXICO: PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS, USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR NÚMERO DE HIJOS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
0	0.022	0.066	0.259	0.175
1	0.300	0.560	0.636	0.592
2	0.651	0.695	0.834	0.773
3	0.618	0.661	0.822	0.720
4	0.625	0.799	0.910	0.796
5 y más	0.586	0.695	0.889	0.656
Total	0.575	0.638	0.733	0.665

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.36

COLOMBIA: PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS, USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR NÚMERO DE HIJOS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
0	0.141	0.150	0.328	0.266
1	0.463	0.635	0.698	0.658
2	0.688	0.745	0.839	0.790
3	0.705	0.790	0.878	0.813
4	0.731	0.854	0.871	0.817
5 y más	0.694	0.787	0.866	0.739
Total	0.658	0.724	0.755	0.722

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 9.37

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS AL USAR POR PRIMERA VEZ ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Nunca han usado	37.4	21.1	13.1	18.7
Sin hijos	4.5	4.1	21.3	12.7
Un hijo	10.3	28.3	39.1	31.9
Dos hijos	8.9	19.9	14.1	15.9
Tres hijos	9.2	12.2	5.1	8.4
Cuatro y + hijos	29.7	14.4	7.3	12.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.38

**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS SEGÚN
NÚMERO DE HIJOS AL USAR POR PRIMERA VEZ ANTICONCEPTIVOS,
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Nunca han usado	13.8	8.8	5.2	8.3
Sin hijos	13.1	21.7	47.8	31.7
Un hijo	32.0	43.6	37.5	37.9
Dos hijos	14.9	14.6	6.9	11.1
Tres hijos	9.9	5.6	1.8	4.9
Cuatro y + hijos	16.3	5.6	0.8	6.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

En los cuadros 9.35 y 9.36 se confirma lo que se mencionaba en el párrafo anterior, es decir, que en el caso de las mujeres unidas con mayor escolaridad, un porcentaje importante empieza a usar anticonceptivos antes de iniciar su historia genésica, de tal manera que en Colombia casi una de cada dos mujeres con siete o más años de escolaridad han usado anticonceptivos por primera vez antes de tener a su primer hijo. En México, el porcentaje que usó por primera vez anticonceptivos antes de tener hijos en este grupo de escolaridad es del 21.3, y por tanto, menor que en Colombia, pero se diferencia claramente de los otros grupos de escolaridad que apenas alcanzaron a completar la educación primaria. Tanto en México como en Colombia, la planificación de la familia, ya sea para limitar o para espaciar los nacimientos se incrementa significativamente cuando se tiene un hijo en todos los grupos de escolaridad.

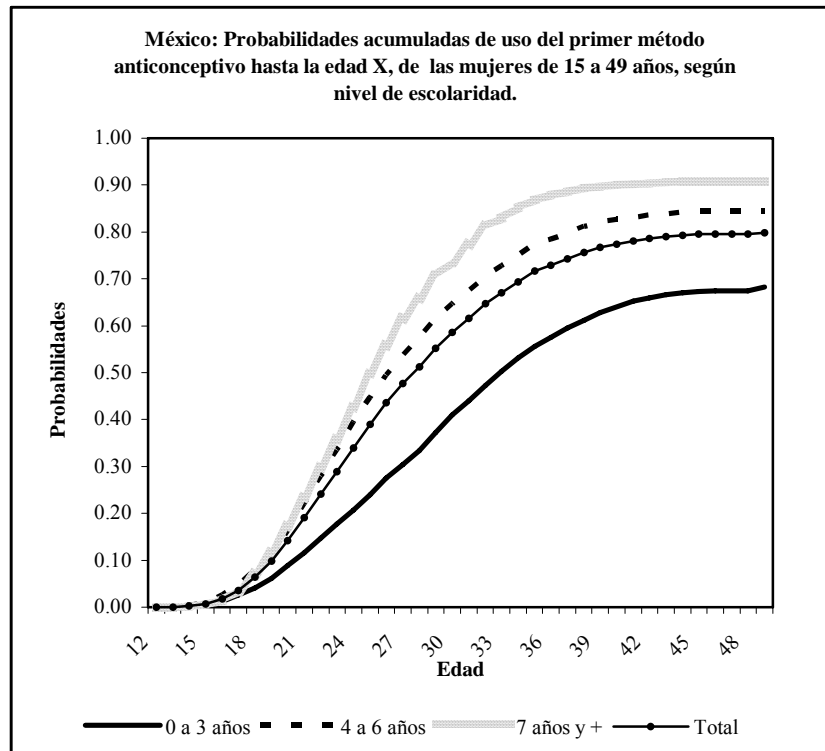
La información sobre la edad en la que una mujer usó por primera vez anticonceptivos permite analizar detalladamente el patrón de incorporación al control de la fecundidad según el nivel de escolaridad. Lamentablemente, la información en el caso de la encuesta aplicada en Colombia sólo permite ubicar temporalmente el inicio de la anticoncepción en relación con el número de hijos para el caso de cualquier método, o bien la edad a la cual la mujer fue esterilizada. Por lo tanto, el análisis de la edad de inicio de la anticoncepción independientemente del método utilizado, está restringido a México y sólo para la esterilización es posible realizar el análisis comparativo entre países.

Se han calculado probabilidades acumuladas de usar anticonceptivos a partir de la elaboración de una tabla de vida que elimina los problemas de truncamiento asociados a la edad alcanzada por la mujer en la fecha de la encuesta.

Los datos permiten estimar que a los 28 años, la mitad de todas las mujeres unidas han usado ya por primera vez anticonceptivos; sin embargo, las diferencias según escolaridad son de tal magnitud que mientras que a los 25 años la mitad de las mujeres más escolarizadas ya han usado anticonceptivos, entre las mujeres en el grupo de escolaridad más baja, es hasta los 33 años la edad a la cual el 50 por ciento ha usado anticonceptivos por primera vez y mientras siete de cada diez mujeres en este grupo al final de su periodo reproductivo han usado anticonceptivos, entre las más escolarizadas esta proporción llega a ser de nueve de cada diez.

Las cifras correspondientes a las probabilidades acumuladas de usar anticonceptivos por primera vez en cada una de las edades simples permiten tener una imagen pormenorizada del ritmo con el cual las mujeres en los distintos grupos analizados se incorporan al control de la fecundidad. Es muy ilustrativo ver que en una década que va de los 19 a los 29 años, se producen los mayores incrementos en las proporciones de mujeres que usan por primera vez anticonceptivos lo que coincide con los años de mayor fertilidad y con el inicio de las uniones conyugales para la mayor parte de las mujeres. No obstante es aparente la más lenta incorporación a esta práctica entre las mujeres menos escolarizadas y se puede apreciar mejor esta situación en la gráfica No. 9.1 y cuadro No. 9.39.

Gráfica No. 9.1



Fuente: cuadro No.9.39.

Cuadro No. 9.39

MÉXICO: PROBABILIDADES ACUMULADAS DE USO DEL PRIMER MÉTODO ANTICONCEPTIVO HASTA LA EDAD X, DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.

EDAD AL USAR POR PRIMERA VEZ	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
12	0.0000	0.0002	0.0002	0.0002
13	0.0003	0.0007	0.0006	0.0007
14	0.0024	0.0044	0.0015	0.0028
15	0.0062	0.0095	0.0051	0.0070
16	0.0120	0.0254	0.0139	0.0173
17	0.0253	0.0478	0.0338	0.0360
18	0.0403	0.0797	0.0689	0.0638
19	0.0613	0.1124	0.1164	0.0978
20	0.0883	0.1620	0.1722	0.1420
21	0.1157	0.2212	0.2332	0.1909
22	0.1472	0.2795	0.2973	0.2416
23	0.1771	0.3358	0.3576	0.2894
24	0.2070	0.3946	0.4247	0.3397
25	0.2394	0.4470	0.4981	0.3902
26	0.2754	0.4943	0.5572	0.4359
27	0.3033	0.5371	0.6154	0.4764
28	0.3341	0.5760	0.6580	0.5123
29	0.3719	0.6155	0.7062	0.5523
30	0.4105	0.6477	0.7377	0.5859
31	0.4397	0.6757	0.7738	0.6153
32	0.4721	0.7050	0.8118	0.6465
33	0.5022	0.7272	0.8286	0.6698
34	0.5313	0.7494	0.8510	0.6937
35	0.5563	0.7758	0.8678	0.7161
36	0.5753	0.7842	0.8792	0.7290
37	0.5949	0.7975	0.8862	0.7428
38	0.6123	0.8126	0.8939	0.7564
39	0.6283	0.8217	0.8968	0.7666
40	0.6408	0.8273	0.8999	0.7743
41	0.6523	0.8304	0.9016	0.7805
42	0.6589	0.8360	0.9035	0.7854
43	0.6663	0.8386	0.9055	0.7898
44	0.6710	0.8416	0.9077	0.7931
45	0.6732	0.8450	0.9077	0.7951
46	0.6746	0.8450	0.9077	0.7957
47	0.6746	0.8450	0.9077	0.7957
48	0.6746	0.8450	0.9077	0.7957
49	0.6819	0.8450	0.9077	0.7981

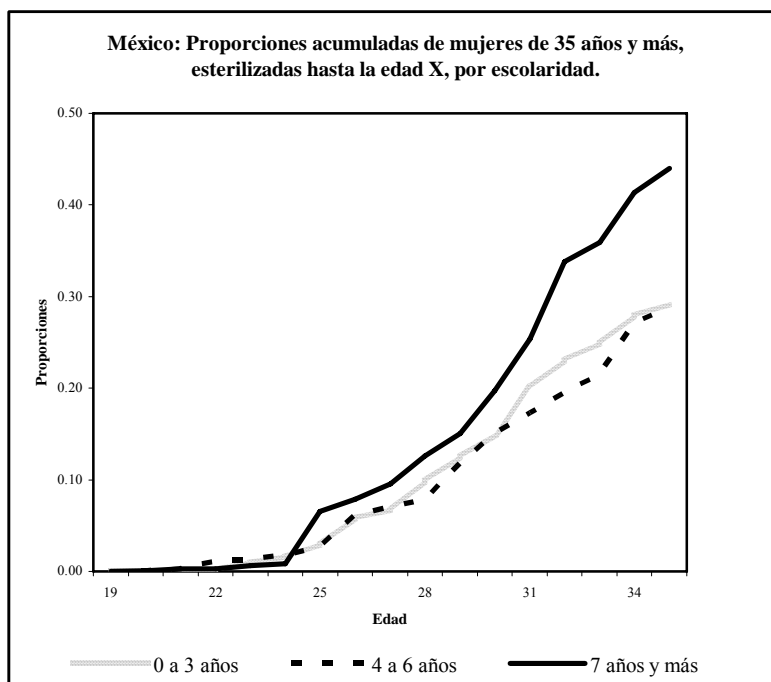
Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Como ya se mencionó con anterioridad, el análisis comparativo entre Colombia y México con los datos disponibles está limitado a la edad a la esterilización. Con este propósito y en virtud de que las proporciones o porcentajes de mujeres esterilizadas son muy reducidos en las primeras edades del periodo reproductivo, se han calculado proporciones acumuladas de mujeres según la edad a la que fueron esterilizadas para el grupo de mujeres de 35 o más años de edad. En virtud de que no existe el efecto de truncación por haber calculado estas proporciones hasta los 35 años de edad para estas mujeres, no es necesario elaborar estimaciones con la metodología propia del cálculo de una tabla de vida y las distribuciones simples según la edad a la esterilización han sido utilizadas para calcular estas proporciones acumuladas.

Los resultados en términos comparativos resultan muy interesantes, porque en México, si bien no hay diferencias en las edades más jóvenes, a partir de los 25 años las mujeres más escolarizadas han optado por la limitación definitiva de la fecundidad en mayores proporciones que en los otros dos grupos, de tal manera que gráficamente se constata una clara diferenciación en este comportamiento hasta llegar a los 35 años de edad en que más de 4 de cada 10 mujeres en este grupo están esterilizadas. Sin embargo, en Colombia hay un comportamiento muy similar entre los tres grupos de escolaridad de tal manera que en el proceso de incorporación a la limitación definitiva de la fecundidad no parece que la escolaridad tenga un claro efecto diferenciador y que pueda decirse que las mujeres más escolarizadas opten en mayor medida por la esterilización. Si bien se observa que el grupo de nivel escolar intermedio decide usar la esterilización más que los otros grupos, es difícil derivar alguna explicación fundamentada de esta situación, aunque es posible suponer que es indicativa de la cobertura de los programas dedicados a ofrecer servicios anticonceptivos de las organizaciones que mayor importancia tienen en esta materia; en el caso de Colombia, específicamente PROFAMILIA, que concentra sus acciones en las áreas urbanas en donde pueden llegar más fácilmente a las mujeres con los más bajos niveles de escolaridad y si bien puede decirse que esta organización ofrece servicios a las mujeres de todos los estratos, en la práctica las usuarias no son precisamente mujeres que tienen niveles de escolaridad elevados y puede constatarse en el cuadro No. 9.42 que PROFAMILIA es la institución a la que en mayor porcentaje recurren las mujeres colombianas que deciden esterilizarse. Casi una de cada dos mujeres unidas conyugalmente y que han sido esterilizadas lo han hecho en PROFAMILIA y si observamos por nivel de escolaridad en que lugar se obtuvo el método anticonceptivo actualmente en uso, esta institución aparece ocupando

el primer lugar como lugar de aprovisionamiento u obtención del servicio y lo es en mayor porcentaje entre las mujeres que tienen entre 4 y 6 años de escolaridad.

Gráfica No. 9.2



Fuente: Cuadro No. 9.40.

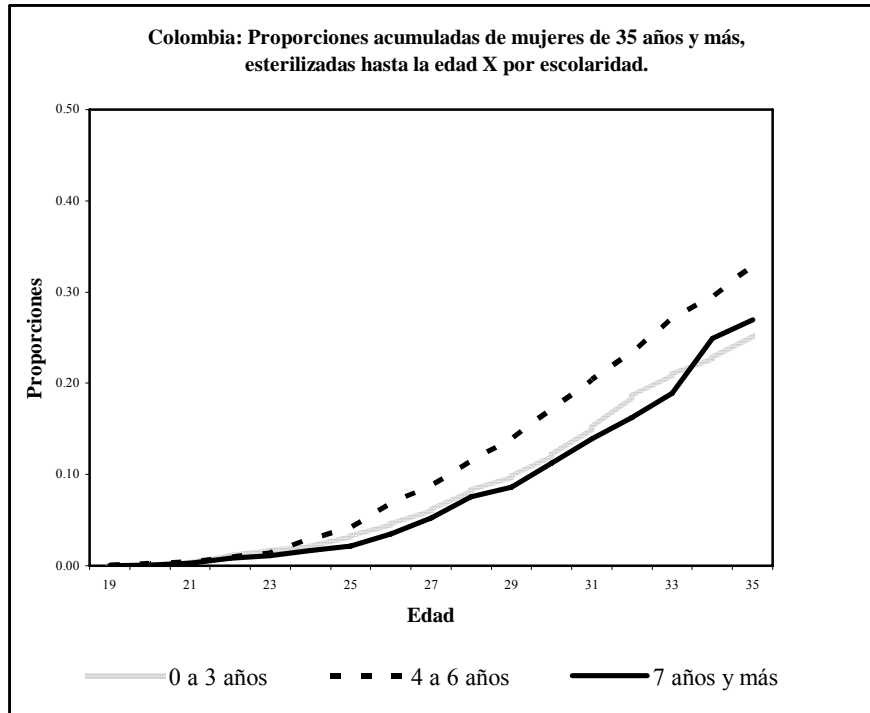
Cuadro No. 9.40

MÉXICO: PROPORCIONES ACUMULADAS DE MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS ESTERILIZADAS HASTA LA EDAD X, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más
19	0.000	0.000	0.000
20	0.000	0.001	0.001
21	0.001	0.003	0.003
22	0.002	0.011	0.003
23	0.010	0.013	0.007
24	0.016	0.018	0.008
25	0.030	0.027	0.066
26	0.058	0.062	0.079
27	0.067	0.071	0.096
28	0.099	0.079	0.126
29	0.125	0.119	0.151
30	0.149	0.151	0.197
31	0.201	0.173	0.254
32	0.231	0.196	0.338
33	0.249	0.215	0.359
34	0.280	0.271	0.413
35	0.292	0.289	0.440

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Gráfica No. 9.3



Fuente: Cuadro No. 9.41.

Cuadro No. 9.41

COLOMBIA: PROPORCIONES ACUMULADAS DE MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS ESTERILIZADAS HASTA LA EDAD X, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más
19	0.000	0.001	0.000
20	0.001	0.003	0.001
21	0.003	0.004	0.003
22	0.011	0.010	0.008
23	0.017	0.014	0.011
24	0.021	0.029	0.017
25	0.032	0.042	0.021
26	0.045	0.068	0.035
27	0.061	0.087	0.053
28	0.083	0.115	0.075
29	0.098	0.140	0.086
30	0.121	0.172	0.113
31	0.152	0.204	0.140
32	0.186	0.234	0.163
33	0.209	0.271	0.189
34	0.227	0.294	0.249
35	0.253	0.329	0.270

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Como era posible esperar, entre todas las mujeres unidas y usuarias de anticonceptivos, los servicios privados de planificación familiar ocupan un lugar cada vez más importante según se incrementa el nivel de escolaridad de tal manera que por ejemplo, un 20 por ciento de las mujeres con 7 o más años de escolaridad en Colombia fueron operadas en una clínica u hospital privado.

Puede parecer sorprendente que en el caso del condón no aparezca PROFAMILIA, pero en realidad, esta situación refleja la estrategia institucional concentrada en el mercadeo los productos anticonceptivos en las farmacias.

Debe subrayarse en este país el importante papel de PROFAMILIA como proveedor de servicios de planificación familiar entre las mujeres de todos los estratos sociales, representadas en esta investigación por su nivel de escolaridad.

Mientras PROFAMILIA asume este importante papel en Colombia, en México es el Instituto Mexicano del Seguro Social la institución que ofrece estos servicios a porcentajes significativos de la población femenina y los resultados muestran además a la Secretaría de Salud como proveedora importante de estos servicios, especialmente entre las mujeres con menor escolaridad que al formar parte de los sectores con menores recursos en materia de servicios de salud constituyen lo que se conoce como “población abierta”, es decir que no es derechohabiente de alguna institución de seguridad social.

Parece claro, que las diferencias según lugar de aprovisionamiento de métodos anticonceptivos de acuerdo al nivel de escolaridad reflejan en Colombia y México el acceso a los servicios de salud al que puede optar cada grupo social.

Cuadro No. 9.42

**COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS USUARIAS
DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y LUGAR
DE OBTENCIÓN DE CADA MÉTODO.**

LUGAR DE OBTENCIÓN	TIPO DE MÉTODO			
	Operación*	Pildora	DIU	Condón
Hospital público	30.8	2.3	22.1	0.3
Salud Pública	3.5	3.4	19.9	0.6
Seguro Social	6.0	0.1	5.6	0.3
Profamilia	47.8	0.9	32.7	0.0
Hosp./clin. Privada	11.4	1.1	6.0	2.0
Farmacia	0.0	90.3	0.0	92.0
Otros sector privado	0.4	1.6	13.6	2.6
N. I	0.1	0.3	0.0	2.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* Incluye operación femenina y masculina

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 9.43

**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS USUARIAS
DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y LUGAR
DE OBTENCIÓN DE CADA MÉTODO.**

LUGAR DE OBTENCIÓN	TIPO DE MÉTODO			
	Operación*	Pildora	DIU	Condón
IMSS	52.5	15.0	59.9	14.1
SSA	12.9	23.9	17.6	23.6
ISSSTE	6.7	0.7	2.0	0.5
Otra inst. de gob.	11.0	1.5	5.7	0.5
Farmacia	0.0	53.9	0.0	61.1
Cons/Clin/Hosp. priv	16.7	1.9	14.2	0.0
Otros	0.3	3.1	0.6	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* Incluye operación femenina y masculina

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.44

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y LUGAR DE OBTENCIÓN DEL MÉTODO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

LUGAR DE OBTENCIÓN NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE MÉTODO			
	Operación*	Pildora	DIU	Condón
0 a 3 años				
Hospital público	46.5	4.2	32.6	0.0
Salud Pública	4.9	3.0	27.4	0.0
Seguro Social	2.4	0.0	4.2	0.0
Profamilia	41.0	0.0	18.9	0.0
Hosp./clin. Privada	4.6	0.6	5.3	0.0
Farmacia	0.0	89.2	0.0	93.8
Otros sector privado	0.4	2.4	11.6	6.3
N. I	0.2	0.6	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
4 a 6 años				
Hospital público	31.8	2.8	34.1	0.0
Salud Pública	2.6	3.9	26.3	2.4
Seguro Social	5.1	0.4	3.6	0.0
Profamilia	52.8	1.1	24.0	0.0
Hosp./clin. Privada	6.9	1.8	5.4	1.2
Farmacia	0.0	88.3	0	90.5
Otros sector privado	0.6	1.8	6.6	2.4
N. I	0.2	0.0	0	3.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y +				
Hospital público	19.4	0.9	14.9	0.4
Salud Pública	3.2	3.2	13.0	0.0
Seguro Social	9.2	0.0	6.7	0.4
Profamilia	48.8	1.2	39.4	0.0
Hosp./clin. Privada	19.3	0.9	6.5	2.6
Farmacia	0.0	92.4	0.0	92.3
Otros sector privado	0.1	1.2	16.8	2.1
N. I	0.0	0.3	0.0	2.1
Total	100.0	100.0	97.4	100.0

* Incluye operación femenina y masculina

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-95.

Cuadro No. 9.45

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS USUARIAS ACTUALES DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y LUGAR DE OBTENCIÓN DEL MÉTODO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

LUGAR DE OBTENCIÓN NIVEL DE ESCOLARIDAD	TIPO DE MÉTODO			
	Operación*	Pildora	DIU	Condón
0 a 3 años				
IMSS	48.2	8.2	43.5	0.2
SSA	19.7	34.8	42.4	25.1
ISSSTE	1.8	0.8	1.5	0.0
Otra inst. de gob.	21.6	0.6	1.7	2.4
Farmacia	0.0	52.0	0.0	72.3
Cons/Clin/Hosp. priv	8.2	2.2	7.4	0.0
Otros	0.5	1.4	3.6	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
4 a 6 años				
IMSS	56.3	17.7	62.0	5.3
SSA	15.8	48.0	14.7	37.9
ISSSTE	4.5	0.0	0.6	0.5
Otra inst. de gob.	4.4	0.5	11.3	0.0
Farmacia	0.0	21.6	0.0	55.6
Cons/Clin/Hosp. priv	18.7	1.8	9.7	0.0
Otros	0.4	10.4	1.7	0.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
7 años y más				
IMSS	51.9	16.7	61.1	21.5
SSA	6.6	5.1	15.3	18.1
ISSSTE	11.3	1.0	2.8	0.7
Otra inst. de gob.	10.3	2.4	3.1	0.1
Farmacia	0.0	73.3	0.0	59.6
Cons/Clin/Hosp. priv	19.9	1.5	17.6	0.0
Otros	0.0	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

* Incluye operación femenina y masculina

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

9.11. Anticoncepción en la primera relación sexual

Otra forma de analizar el posible efecto de la escolaridad sobre la fecundidad es a través de la observación del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

En la encuesta aplicada en México y que sirve de base a este análisis, se incluyó una pregunta para conocer expresamente si la mujer había usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, sin embargo, esto no se hizo en el caso de Colombia. Además, para México, sólo se obtuvo esta información para mujeres menores de 25 años de edad, para las cuales es posible tener mayor certeza en la información que proporcionan debido a lo reciente que puede haber sido la primera relación sexual.

Los datos muestran que sólo un porcentaje reducido de mujeres hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación y la probabilidad de usar anticonceptivos se encuentra relacionada con el estado conyugal, de tal manera que en el caso de las mujeres solteras, éstas usan anticonceptivos en mayor porcentaje que las mujeres que se han unido conyugalmente, porque finalmente entre una proporción importante de éstas últimas, la primera relación sexual coincide con el inicio de la unión conyugal, una de las razones para no usar anticonceptivos es el deseo de embarazarse como se verá más adelante.

Los resultados que muestran en qué medida se usaron anticonceptivos en la primera relación, según la edad a la primera relación y el estado conyugal, permiten especular sobre la posibilidad de que la primera relación al ser una relación desprotegida hubiera producido un embarazo y esto a su vez hubiera llevado a la necesidad de establecer una unión conyugal, pero si bien no se puede establecer la cadena causal entre los eventos mencionados, los datos muestran el bajo porcentaje de uso de anticonceptivos en las edades más jóvenes y el incremento de este uso en la medida en que se incrementa la edad a la primera relación. Hallazgo especialmente significativo porque está relacionado con la fecundidad adolescente.

Además de los bajos porcentajes de uso en la primera relación, el uso de métodos poco efectivos es importante en el caso de las mujeres solteras en todos los niveles de escolaridad y ocupa también porcentajes significativos entre las mujeres alguna vez unidas, por lo que es posible inferir que el nivel de protección del riesgo de embarazarse es muy reducido.

Para las mujeres solteras, el hecho de que “la primera relación no fuera planeada” o que “creyera que no se iba a embarazarse”, constituyen las razones fundamentales para no usar

anticonceptivos y parecen asociadas con su nivel de escolaridad. Pensar que no iba a embarazarse es la razón principal para no usar anticonceptivos entre las mujeres más escolarizadas y en este caso, sólo un conocimiento de la fisiología de la reproducción, concretamente del periodo fértil, justificaría no haber usado anticonceptivos.

Entre las mujeres alguna vez unidas, las razones para no usar anticonceptivos en la primera relación se modifican significativamente según el nivel de escolaridad, de tal manera que para las mujeres menos escolarizadas es el desconocimiento de los métodos o de los lugares en dónde podía conseguirlos, la razón principal para no usarlos. Por otra parte, el deseo de embarazarse adquiere mayor importancia conforme se incrementa la escolaridad, incluso a esta razón es posible sumar lo que se identifica como “desidia”, en la medida en que ese desinterés por no usar podrá también ser una manifestación del deseo de embarazarse. La “oposición del compañero”, no es una de las razones principales para no usar anticonceptivos.

Cuadro No. 9.46

**MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES MENORES DE 25 AÑOS,
QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN
SEXUAL, SEGÚN ESTADO CONYUGAL.**

ALGUNA VEZ UNIDAS	SOLTERAS	TOTAL
10.4	20.2	11.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.47

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES MENORES DE 25 AÑOS, QUE USARON ANTICONCEPTIVOS, EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.

EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	ALGUNA VEZ UNIDAS	SOLTERAS	TOTAL
Menos de 15 años	2.9	(---)	2.4
15 a 19 años	9.7	31.0	11.1
20 a 24 años	17.2	18.6	17.4
TOTAL	10.3	20.2	11.3

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.
(---) Muestra insuficiente.

Cuadro No. 9.48

MÉXICO, PORCENTAJE DE MUJERES MENORES DE 25 AÑOS, QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ESTADO CONYUGAL.

ESTADO CONYUGAL	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y *
Alguna vez unidas	1.5	5.3	15.8
Solteras	4.7	32.6	26.1
Total	2.2	6.5	16.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.49

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SOLTERAS MENORES DE 25 AÑOS, QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

TIPO DE MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Pastillas	0.0	0.0	22.0	14.4
Inyecciones	0.0	0.0	6.0	4.0
Condomes	26.5	10.7	20.4	18.2
Locales	0.0	0.0	0.0	10.2
Ritmo o retiro	73.5	89.3	51.6	53.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.50

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS MENORES DE 25 AÑOS, QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.

TIPO DE MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Pastillas	46.1	9.9	18.2	17.1
Inyecciones	0.0	20.6	4.7	7.6
Condomes	22.4	13.1	41.2	35.7
Locales	0.0	4.6	3.0	3.2
Ritmo o retiro	31.5	51.8	32.9	36.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.51

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SOLTERAS MENORES DE 25 AÑOS, QUE NO USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y RAZÓN PARA NO USAR POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

RAZÓN PARA NO USAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
No conocía, no sabía donde conseguir, o no sabía como usar métodos anticonceptivos	5.6	11.0	4.5	5.9
Oposición de la pareja	1.1	0.0	2.3	1.5
Deseaba embarazarse	0.2	3.3	4.4	2.6
Creía tener problemas de salud	0.4	0.0	0.7	0.5
No creyó embarazarse	1.6	23.4	46.1	25.6
No tenía dinero	0.0	0.0	3.6	1.7
No planeaba tener la relación	91.1	60.0	32.3	59.0
Tenía enfermedad que le impedía usar	0.0	1.5	4.0	2.1
Otros	0.0	0.8	2.1	1.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.52

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS MENORES DE 25 AÑOS QUE NO USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y RAZÓN PARA NO USAR, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

RAZÓN PARA NO USAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
No conocía, no sabía donde conseguir, o no sabía como usar métodos anticonceptivos	52.0	20.9	7.7	18.1
Oposición de compañero	4.6	3.5	7.8	5.8
Deseaba embarazarse	27.4	34.3	41.9	37.2
Creía tener prob. de salud	1.0	0.3	2.3	1.4
No creyó embarazarse	7.3	21.2	13.1	15.5
No tenía dinero	0.1	0.3	0.0	0.1
Desacuerdo con uso	1.2	6.9	0.3	3.0
No planeaba relación	2.3	5.7	9.6	7.3
Tenía enfermedad	0.1	0.2	0.2	0.2
Desidia	2.3	4.2	12.8	8.2
Otros	1.7	2.5	4.3	3.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

9.12. Escolaridad, comunicación en la pareja, toma de decisiones y uso de anticonceptivos.

Todo el análisis previo ha mostrado claramente la existencia de diferencias según nivel de escolaridad en el uso de anticonceptivos, que incluyen la edad de inicio en la práctica anticonceptiva, el uso en la primera relación sexual, el tipo de método usado, el nivel de prevalencia en cada grupo e incluso las razones para usar o no usar anticonceptivos; ahora bien, es posible asociar este comportamiento diferencial con algunas condiciones que lo expliquen. En este sentido, se puede suponer que una mayor escolaridad al dar elementos para acceder a mayor información, ampliar los horizontes de decisión y facilitar la comunicación con otras personas, ofrecerá también la posibilidad de tener mayor comunicación con la pareja en aspectos que tienen que ver con las decisiones reproductivas, de tal manera que en el caso del uso de anticonceptivos, esta comunicación entre los cónyuges podría asociarse con el uso de anticonceptivos. También, en la medida en que los ideales de la mujer respecto al número de hijos se modifican con la escolaridad ya que se puede suponer que con el incremento de la escolaridad las metas en la vida de las mujeres se diversifican, para incluir no sólo la maternidad como opción central en su vida, sino su desarrollo personal a través de la participación en otras

actividades, especialmente en la actividad económica productiva fuera del hogar, hace que deseen limitar su fecundidad. Por cierto, no está de más recordar que según los datos analizados que se presentan en otro capítulo de este texto, es muy clara la relación entre número de hijos deseados y escolaridad.

Se ha observado que entre las parejas que establecen comunicación entre sus miembros respecto a asuntos que tienen que ver con la reproducción, hay a su vez una percepción de apoyo del cónyuge, se muestran menos actitudes fatalistas respecto a tener hijos y sienten que tienen más control sobre sus decisiones (Lasee y Becker 1997); pero también, las mujeres que hablan con su esposo sobre métodos anticonceptivos tienen mayor probabilidad de incorporarse al uso de estos métodos simplemente porque quieren tener menos hijos. Esta parece ser la ruta de influencia entre escolaridad, comunicación en la pareja y uso de anticonceptivos.

Con el objetivo de generar explicaciones de este comportamiento diferencial en la práctica de la anticoncepción según escolaridad tomando en cuenta la comunicación en la pareja, se ha utilizado información contenida en el cuestionario aplicado en México. Para Colombia, lamentablemente en el cuestionario no se incluyó información que permitiera realizar este tipo de análisis.

A las mujeres mexicanas entrevistadas se les preguntó si conversan con su esposo sobre planificación familiar y si no lo hacen cuál es la razón por la que no hablan sobre el uso de métodos anticonceptivos. Los datos muestran que 8 de cada diez mujeres hablaron sobre planificación familiar con el cónyuge; las diferencias son claras según edad y escolaridad de la mujer y salta a la vista que son las mujeres más jóvenes (15 a 19 años), las de mayor edad (40 a 49 años) y las menos escolarizadas las que en menor porcentaje hablan sobre anticoncepción con su esposo.

Al relacionar la comunicación con el esposo y el uso de anticonceptivos, como se suponía, entre las mujeres que han conversado con su pareja sobre planificación familiar el porcentaje de usuarias es claramente superior al que presentan las mujeres que no lo han hecho, pero una situación que llama la atención es el elevado porcentaje de mujeres que a pesar de que declararon que no han conversado sobre estos temas son usuarias de anticonceptivos. Podría suponerse que existe una inconsistencia en las respuestas; sin embargo, un análisis más detallado de los datos, sugiere las posibles explicaciones de esta situación

Un análisis como éste, del uso de anticonceptivos según comunicación con la pareja y nivel de escolaridad pocas veces se ha hecho⁵². Por una parte, es evidente que los porcentajes de usuarias que no han conversado con el esposo o compañero conyugal sobre planificación familiar son menores entre las mujeres que no asistieron a la escuela; sin embargo, a pesar de no tener esta comunicación con el cónyuge, el uso se incrementa con el nivel de escolaridad y aunque este incremento no es sistemático, si muestra un probable efecto de la escolaridad sobre el hecho de usar anticonceptivos sin que necesariamente se haya hablado de ello con el esposo. Los datos sugieren que con un mayor nivel de escolaridad las mujeres toman decisiones respecto al uso de anticonceptivos independientemente de la comunicación con su pareja. Parece entonces que se genera una decisión personal sin involucrar al hombre.

La distribución de usuarias según método y comunicación con la pareja hace más evidente la situación mencionada. Las mujeres que no han conversado con el esposo sobre planificación familiar usan en mayores porcentajes métodos que no requieren de la participación del hombre. La única aparente inconsistencia parece ser la existencia de un reducido porcentaje (uno por ciento) de mujeres que declararon usar condón y no haber platicado con su pareja sobre planificación familiar. En realidad, desde otra perspectiva, el que exista sólo este reducido porcentaje de conductas inconsistentes es una muestra de la confiabilidad de la información de la encuesta (porque quiere decir que los datos no han sido manipulados).

En el extremo de la situación analizada, el porcentaje de mujeres esterilizadas entre aquellas que no han platicado con el esposo o compañero sobre planificación familiar, casi duplica el porcentaje entre las usuarias que si han platicado con su pareja. Con la información de la encuesta es difícil sacar conclusiones debidamente fundamentadas; pero los datos sugieren que para un grupo significativo de mujeres al tomar una decisión sobre el control de la fecundidad no se ha tomado en cuenta la opinión del marido y ha sido entonces, una decisión personal que bien puede ser una muestra de autonomía, ya que a pesar de que no hayan hablado con el marido, o que incluso que él no acepte el uso de anticonceptivos las mujeres han decidido usarlos. Al respecto, conforme se incrementa el nivel de escolaridad el porcentaje de mujeres cuya pareja conyugal está de acuerdo con el uso de anticonceptivos se incrementa, pero además como puede verse en el cuadro No.9.58, los porcentajes de mujeres que no saben cuál es la

⁵² En realidad no se encontraron referencias al respecto, por lo se podría decir que nunca se ha hecho un análisis de este tipo, para el caso de México.

opinión del marido decrecen de forma significativa, producto probablemente de la mayor comunicación entre los cónyuges, constatada con los datos presentados en párrafos anteriores.

Un hallazgo especialmente interesante se desprende de la observación de las proporciones de usuarias de anticonceptivos según nivel de escolaridad y su relación con el hecho de que el marido esté o no de acuerdo con el uso de estos métodos. Si el marido o compañero está de acuerdo con el uso de anticonceptivos, las proporciones de usuarias según nivel de escolaridad son muy semejantes en todos los grupos, siete de cada diez mujeres usan anticonceptivos, pero las diferencias se presentan cuando el marido no está de acuerdo, o incluso cuando no se sabe cuál es su posición, de tal manera que si el marido no está de acuerdo sólo una de cada cuatro mujeres que no asistieron a la escuela usan anticonceptivos, mientras que entre quienes tienen al menos educación secundaria una de cada dos son usuarias. Los datos sugieren que las mujeres más escolarizadas son más proclives a tomar decisiones en el ámbito del control de la fecundidad, independientemente de la posición del marido al respecto, lo que puede ser un indicio de mayor autonomía.

La información de la encuesta permite tener aunque sea parcialmente un acercamiento a las cuestiones planteadas, lo que se intentará en los párrafos que siguen.

Cuadro No. 9.53

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS, QUE HAN CONVERSADO CON SU PAREJA SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE
15-19	69.0
20-24	90.1
25-29	87.7
30-34	93.4
35-39	82.3
40-44	72.5
45-49	59.9
Total	83.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.54

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS, QUE HAN CONVERSADO CON SU PAREJA SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

HA CONVERSADO CON SU ESPOSO SOBRE P.F.	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Si	66.3	82.7	91.6	83.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.55

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE HAN CONVERSADO CON SU PAREJA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

GRUPOS DE EDAD	USUARIA	NO USUARIA
15-19	95.3	54.2
20-24	97.3	80.5
25-29	91.4	79.7
30-34	95.9	85.8
35-39	85.3	71.2
40-44	77.7	60.1
45-49	75.8	41.9
Total	89.4	70.2

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.56

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN CONVERSADO CON SU PAREJA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD					
	0 a 3 años		4 a 6 años		7 años y más	
	Usuaría	No usuaria	Usuaría	No usuaria	Usuaría	No usuaria
15-19	97.1	30.2	92.6	58.6	97.5	62.6
20-24	89.7	53.8	95.1	78.8	99.0	88.2
25-29	84.1	67.0	92.9	70.1	92.2	94.4
30-34	91.4	69.8	98.6	88.6	95.1	91.4
35-39	85.4	56.4	75.7	77.1	93.0	79.2
40-44	64.2	54.8	82.9	61.2	90.7	78.8
45-49	53.1	42.9	91.9	43.8	90.1	30.8
Total	76.3	52.8	89.6	70.4	94.4	84.1

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.57

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS, USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN TIPO DE MÉTODO USADO Y COMUNICACIÓN CON SU PAREJA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TIPO DE MÉTODO	SÍ CONVERSÓ	NO CONVERSÓ
Operación femenina	36.8	66.3
Operación masculina	0.8	2.1
Pastillas	14.9	1.9
Inyecciones mensuales	4.5	4.8
DIU	23.4	9.8
condones	5.2	1.0
Locales	0.7	0.0
Ritmo	8.7	11.2
Retiro	4.7	2.8
Otros	0.3	0.1

Fuente: Cálculos propios con información de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.58

MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS, SEGÚN SI EL MARIDO ESTÁ O NO DE ACUERDO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Está de acuerdo	59.4	77.6	88.2	78.2
No está de acuerdo	29.5	17.4	9.1	16.5
No sabe	11.1	5.0	2.7	5.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.59

MÉXICO: PROPORCIÓN DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN SI EL ESPOSO ESTÁ O NO DE ACUERDO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Está de acuerdo	0.728	0.739	0.773	0.754
No está de acuerdo	0.383	0.382	0.529	0.417
No sabe	0.316	0.116	0.335	0.255
Total	0.580	0.646	0.739	0.672

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

9.13. Participación en la toma de decisiones y uso de anticonceptivos

Es posible suponer que la comunicación sobre planificación familiar forma parte del proceso de toma de decisiones reproductivas por lo que condiciones que lleven a una mayor participación de la mujer en estas decisiones o que idealmente sean más igualitarias, es decir, en las que ambos cónyuges participen, pueden influenciar positivamente el uso de anticonceptivos.

En porcentajes sumamente elevados las mujeres declaran que es una decisión de ambos miembros de la pareja conyugal el tener hijos y esta decisión compartida se incrementa con el nivel de escolaridad, por lo que como contrapartida se da una disminución en los porcentajes de parejas en las cuales es sólo el esposo o compañero quien unilateralmente decide sobre cuantos hijos desean tener. El porcentaje de casos en los cuales esta decisión la toma únicamente la

mujer, permanece prácticamente sin cambio en los tres grupos de escolaridad y está se manifiesta en porcentajes de alrededor del cinco por ciento de las parejas conyugales.

Los datos sugieren que la educación impacta la participación en las decisiones reproductivas fomentando que éstas sean tomadas por ambos cónyuges y por lo tanto a través de este canal es que el uso de anticonceptivos se puede incrementar.

Para tratar de estimar el efecto de la educación sobre el uso de anticonceptivos, se consideró la participación de cada uno de los cónyuges en un conjunto de decisiones familiares, entre las cuales de manera central se encuentran las decisiones sobre el número de hijos, las respuestas a una batería de preguntas se transformaron en un índice cuyo valor numérico puede ir de 1 a 2, de tal manera que uno representa una situación en la cual es sólo el hombre quien toma las decisiones y dos cuando las decisiones las toma la mujer o las toman ambos⁵³. Esta manera de operacionalizar la toma de decisiones trata de reflejar un hecho identificado por la investigación empírica en el sentido de que una mayor participación de ambos cónyuges en las decisiones fomenta el uso de anticonceptivos (Mahmood y Ringheim, 1997; Sharan y Valente, 2002). Incluso, en las investigaciones citadas, se plantea que la promoción de la toma de decisiones en pareja debe ser usada como estrategia para incrementar la prevalencia en el uso de anticonceptivos.

Es decir, más que el hecho de que sea la mujer la que por sí sola decida, lo cual es poco probable que suceda frecuentemente en países como Colombia o México, (lo que se ve reflejado en el bajísimo porcentaje de mujeres que declaran que son sólo ellas las que toman las decisiones sobre el número de hijos), es la decisión en pareja lo que puede tener la mayor incidencia en el uso de anticonceptivos.

La información analizada a través del índice de participación en la toma de decisiones muestra que si bien es posible afirmar que la participación femenina se incrementa con el nivel de escolaridad, ésta, según lo que declaran las mujeres es ya de por sí alta en todos los grupos y por tanto las variaciones, incluso controlando la edad son poco significativas. Se puede suponer que el índice construido ha sido poco sensible a captar la situación que quería reflejar, pero en la realidad es muestra de la percepción de las mujeres sobre su participación en la toma de decisiones y un elevado porcentaje declara que las decisiones las toman ambos cónyuges. Es

⁵³ El conjunto de respuestas que sirvieron para construir el índice se originan a partir de la pregunta “ Quién toma las siguientes decisiones en su pareja: Cuántos hijos tener ? . Cómo criar a los hijos?; Qué gastos cotidianos realizar?; A qué familiares o amigos visitar?; Cuándo tener relaciones sexuales?

difícil aceptar que no haya mayores diferencias en este índice y más bien lleva a pensar que las preguntas incluidas en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar que sirvieron para estimar la participación de la mujer en la toma de decisiones, no permiten captar una situación más diferenciada, porque como ya se mencionó, casi la totalidad de las mujeres declaran que las decisiones familiares las toman en pareja, aunque la realidad cotidiana lo contradiga.

Cuando se relaciona este índice con el uso de anticonceptivos, no parece haber una relación sistemática que lleve a afirmar que las mujeres que tienen mayor participación en las decisiones son las que más usan anticonceptivos.

Pero si la participación en la toma de decisiones medida a través de un índice no parece estar asociada con el uso de anticonceptivos, la misma Encuesta permite explorar otra situación que de acuerdo con lo planteado a lo largo de este texto puede explicar el comportamiento reproductivo y en este caso se refiere al ejercicio de la autonomía.

Recordemos que ya se observó que entre las mujeres con los más elevados niveles de escolaridad eran mayores los porcentajes de usuarias de anticonceptivos a pesar de que el esposo no estuviera de acuerdo en el uso de estos métodos, lo que podría ser el indicio de una mayor autonomía que permite actuar independientemente de la posición de la pareja.

Un conjunto de respuestas a la pregunta: ¿Usted le pide permiso a su marido para: salir sola?; ¿salir con los hijos?; ¿hacer gastos cotidianos?; ¿visitar amigos?; ¿visitar familiares?; ¿trabajar?; ¿estudiar?; ¿usar anticonceptivos?; sirvió de base para crear un “índice de autonomía”, que puede variar entre cero y uno, de tal manera que conforme el valor se acerca a uno, se tiene mayor autonomía en la toma de decisiones y este índice trata de captar en qué medida la mujer no tiene necesidad de pedir permiso al cónyuge para actuar en los diversos aspectos de su vida cotidiana que son captados por las preguntas descritas anteriormente.

Los resultados son muy sugerentes; primero, porque este índice de autonomía se incrementa con el nivel de escolaridad para todos los grupos de edad y al relacionarlo con el uso de anticonceptivos, resulta que según los valores del índice elaborado con la información de la ENAPLAF-95, las mujeres usuarias de anticonceptivos muestran mayor autonomía con respecto al marido en la toma de decisiones,

Desde luego, que es posible desarrollar más las posibles explicaciones de la relación entre autonomía y control de la fecundidad entre las mujeres mexicanas, pero los resultados permiten

suponer que efectivamente, la educación amplía los niveles de autonomía de la mujer al tomar decisiones que no necesariamente concuerden con la posición de su pareja conyugal y que esto puede tener un impacto sobre el uso de anticonceptivos y a final de cuentas sobre la fecundidad.

Para finalizar este capítulo, resulta interesante mostrar que si bien para más del noventa por ciento de las mujeres en todos los grupos de escolaridad, la planificación familiar tiene ventajas, la percepción de estas ventajas varía considerablemente según la escolaridad. Para todas las mujeres lo más importante de la planificación familiar es que posibilita una mayor atención a los hijos, pero los porcentajes que mencionan esto como una ventaja, se incrementan con la escolaridad y la situación contraria se presenta al mencionar que la planificación familiar permite “mejorar la situación económica”. Esto último resulta más importante para las mujeres menos escolarizadas y esta percepción, en realidad es una muestra del problema más importante de las mujeres en este grupo que se deriva de su propia situación socioeconómica en general y que se ve reflejado precisamente en su muy bajo nivel de escolaridad.

Cuadro No. 9.60

MÉXICO: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS, SEGÚN QUIEN TOMA LA DECISIÓN DE TENER HIJOS POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	QUIEN DECIDE TENER LOS HIJOS				TOTAL
	El	Ella	Ambos	No establecido	
15-19	9.6	2.4	86.2	1.8	100.0
20-24	13.0	3.0	82.0	2.0	100.0
25-29	6.7	4.7	87.6	1.0	100.0
30-34	14.0	4.4	80.5	1.1	100.0
35-39	9.4	6.7	81.8	2.1	100.0
40-44	11.0	9.1	76.9	3.1	100.0
45-49	10.4	9.8	71.9	7.9	100.0
Total	10.7	5.5	81.5	2.3	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.61

MÉXICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN QUIEN TOMA LA DECISIÓN DE TENER HIJOS, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.

QUIÉN DECIDE TENER HIJOS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y *	
El	14.4	15.1	5.2	10.6
Ella	5.6	5.0	5.8	5.5
Ambos	75.9	77.2	85.6	80.5
No procede	3.0	1.6	2.5	2.3
N.R	1.1	1.1	0.9	1.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Nota: No procede, significa que la mujer ya no puede tener hijos.

Cuadro No. 9.62
MÉXICO. ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES,
SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
0 a 3 años	1.788	1.714	1.802	1.825	1.855	1.842	1.776	1.812
4 a 6 años	1.888	1.825	1.902	1.817	1.879	1.892	1.909	1.864
7 años y +	1.896	1.888	1.957	1.966	1.977	1.971	1.859	1.943
Total	1.943	1.871	1.852	1.920	1.888	1.914	1.888	1.834

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.63

MÉXICO: ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EDAD, SEGÚN CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS.

NIVEL DE ESCOLARIDAD EDAD	USUARIAS	NO USUARIAS
0 A 3 AÑOS		
15 - 19	1.76	1.86
20 - 24	1.70	1.73
25 - 29	1.77	1.82
30 - 34	1.76	1.86
35 - 39	1.78	1.88
40 - 44	1.84	1.85
45 - 49	1.79	1.75
Total	1.78	1.83
4 A 6 AÑOS		
15 - 19	1.86	1.93
20 - 24	1.89	1.77
25 - 29	1.91	1.89
30 - 34	1.83	1.81
35 - 39	1.85	1.89
40 - 44	1.87	1.90
45 - 49	1.96	1.88
Total	1.88	1.85
7 AÑOS Y +		
15 - 19	1.88	1.91
20 - 24	1.93	1.87
25 - 29	1.97	1.95
30 - 34	1.99	1.96
35 - 39	1.96	1.98
40 - 44	1.99	1.97
45 - 49	1.91	1.85
Total	1.95	1.94
TOTAL		
15 - 19	1.84	1.91
20 - 24	1.89	1.83
25 - 29	1.91	1.92
30 - 34	1.89	1.89
35 - 39	1.86	1.93
40 - 44	1.87	1.90
45 - 49	1.85	1.82
Total	1.88	1.89

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.64

MÉXICO: INDICE DE AUTONOMÍA, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EDAD.

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 A 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
15 - 19	0.08	0.25	0.32	0.25
20 - 24	0.25	0.33	0.40	0.33
25 - 29	0.27	0.37	0.51	0.41
30 - 34	0.32	0.38	0.62	0.48
35 - 39	0.22	0.38	0.47	0.38
40 - 44	0.34	0.39	0.73	0.44
45 - 49	0.25	0.44	0.61	0.38
Total	0.27	0.39	0.51	0.40

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.65

MÉXICO: INDICE DE AUTONOMÍA, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EDAD, SEGÚN CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS.

NIVEL DE ESCOLARIDAD EDAD	USUARIAS	NO USUARIAS
0 A 3 AÑOS		
15 - 19	0.07	0.08
20 - 24	0.26	0.24
25 - 29	0.36	0.13
30 - 34	0.40	0.14
35 - 39	0.24	0.17
40 - 44	0.35	0.33
45 - 49	0.32	0.20
Total	0.32	0.20
4 A 6 AÑOS		
15 - 19	0.24	0.26
20 - 24	0.30	0.15
25 - 29	0.32	0.20
30 - 34	0.38	0.35
35 - 39	0.41	0.28
40 - 44	0.42	0.30
45 - 49	0.37	0.33
Total	0.37	0.27
7 AÑOS Y +		
15 - 19	0.36	0.28
20 - 24	0.43	0.33
25 - 29	0.50	0.44
30 - 34	0.55	0.52
35 - 39	0.71	0.51
40 - 44	0.77	0.56
45 - 49	0.71	0.58
Total	0.68	0.54
TOTAL		
15 - 19	0.28	0.23
20 - 24	0.39	0.25
25 - 29	0.45	0.33
30 - 34	0.57	0.51
35 - 39	0.57	0.40
40 - 44	0.47	0.35
45 - 49	0.39	0.35
Total	0.42	0.34

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 9.66**MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS, SEGÚN LA VENTAJA PRINCIPAL QUE VEN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

VENTAJAS	NIVEL DE ESCOLARIDAD			TOTAL
	0 a 3 años	4 a 6 años	7 años y +	
Mejora la situación económica	23.0	23.0	18.3	20.9
Es buena para la salud de la mujer	10.4	6.2	6.0	7.0
Permite dar más atención a los hijos	54.9	61.3	65.1	61.7
Es buena para la relación de los esposos	1.2	2.4	2.6	2.2
Permite tener más tiempo para hacer cosas	3.2	1.7	0.9	1.6
Da a la mujer más libertad	1.1	0.5	0.5	0.7
Disminuye el crecimiento de la población	6.2	4.9	6.6	5.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Anexo I: Cuadros

Cuadro No. 1

COLOMBIA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DEL TOTAL DE MUJERES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. 1976

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total
Píldora	41.6	28.5	70.1	60.1	21.2	81.3	71.5	19.0	90.5	85.6	11.4	97.0
DIU	21.7	37.0	58.7	33.1	34.0	67.1	42.1	33.1	75.2	53.0	35.9	88.9
Inyecciones	11.5	38.0	49.5	18.2	41.2	59.4	19.9	46.0	65.9	19.9	52.9	72.8
Métodos vaginales	4.1	20.4	24.5	8.4	24.0	32.4	12.7	31.6	44.3	19.0	41.1	60.1
Condón	2.7	27.3	30.0	8.3	43.9	52.2	8.5	46.0	54.5	17.8	56.5	74.3
Esterilización femenina	6.7	37.5	44.2	11.3	45.8	57.1	14.8	55.3	70.1	19.4	66.7	86.1
Esterilización masculina	0.1	12.2	12.3	1.3	21.8	23.1	2.4	34.1	36.5	7.3	55.8	63.1
Ritmo	3.2	20.9	24.1	6.6	31.0	37.6	13.4	40.2	53.6	37.7	42.4	80.1
Retiro	1.4	20.6	22.0	2.5	31.4	33.9	1.6	36.1	37.7	2.4	48.5	50.9

: Cálculos propios con datos de la ENF-1976.

Cuadro No. 2

MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DEL TOTAL DE MUJERES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO. 1976

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total	Menciona	Ha oído hablar	Total
Píldora	32.0	30.0	62.0	49.8	30.1	79.9	63.8	24.6	88.4	85.7	11.8	97.5
DIU	16.7	33.8	50.5	28.1	41.9	70.0	39.8	41.4	81.2	57.0	34.0	91.0
Inyecciones	13.3	31.5	44.8	21.6	40.9	62.5	28.9	45.2	74.1	40.0	46.5	86.5
Métodos vaginales	2.1	15.7	17.8	5.5	24.0	29.5	10.1	32.6	42.8	23.9	47.0	70.9
Condón	2.4	15.9	18.3	3.6	27.9	31.5	6.0	39.6	45.6	18.3	54.9	73.2
Esterilización femenina	3.1	40.7	43.8	5.1	55.6	60.7	7.9	66.5	74.4	14.7	76.7	91.4
Esterilización masculina	0.1	15.9	16.0	0.7	27.1	27.8	1.1	40.8	41.9	6.5	64.0	70.5
Ritmo	0.8	19.1	19.9	2.3	32.1	34.4	5.3	50.7	56.0	21.1	65.6	86.7
Retiro	0.3	23.1	23.4	0.4	35.9	36.3	0.6	50.7	51.3	2.0	68.6	70.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-76.

Cuadro No. 3

COLOMBIA: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DEL TOTAL DE MUJERES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO.

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total
Píldora	74.8	18.2	93.0	83.4	12.5	95.9	87.5	9.8	97.3	91.4	8.1	99.5
DIU	34.7	46.9	81.6	48.8	37.8	86.6	53.5	35.3	88.8	67.9	27.6	95.5
Inyecciones	35.4	52.8	88.2	39.3	46.7	86.0	44.0	45.0	89.0	43.3	49.1	92.4
Métodos vaginales	17.9	46.2	64.1	22.5	46.0	68.5	28.4	50.9	79.3	41.4	51.3	92.7
Condón	26.9	59.2	86.1	37.9	54.5	92.4	48.4	49.1	97.5	67.0	32.9	99.9
Esterilización femenina	29.5	63.9	93.4	29.0	64.8	93.8	25.7	69.2	94.9	26.2	72.2	98.4
Esterilización masculina	1.2	45.0	46.2	2.5	52.0	54.5	4.8	61.0	65.8	11.8	76.0	87.8
Ritmo	3.5	44.3	47.8	7.8	52.3	60.1	14.0	58.1	72.1	35.2	56.8	92.0
Retiro	2.8	48.7	51.5	3.1	55.1	58.2	1.6	63.1	64.7	4.9	76.9	81.8

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENDS-1995.

Cuadro No. 4

MÉXICO: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DEL TOTAL DE MUJERES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN TIPO DE MÉTODO.

MÉTODO	NIVEL DE ESCOLARIDAD											
	0 años			1 a 3 años			4 a 6 años			7 años y +		
	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total	Si espontaneo	Si con ayuda	Total
Píldora	46.8	20.7	67.5	62.4	18.0	80.4	67.8	17.9	85.7	80.9	13.3	94.2
DIU	34.4	29.4	63.8	43.2	35.5	78.7	54.6	25.9	80.5	62.9	28.1	91.0
Inyecciones	28.0	31.3	59.3	45.9	34.7	80.6	51.0	29.5	80.5	58.6	29.3	87.9
Métodos vaginales	6.9	16.0	22.9	9.1	20.3	29.4	15.6	21.8	37.4	27.3	30.3	57.6
Condón	13.3	29.0	42.3	23.9	33.7	57.6	30.7	42.2	72.9	55.6	33.1	88.7
Esterilización femenina	24.7	41.7	66.4	30.0	53.8	83.8	28.1	52.5	80.6	32.1	55.6	87.7
Esterilización masculina	9.8	34.5	44.3	9.7	46.2	55.9	13.3	51.2	64.5	23.5	58.7	82.2
Ritmo	6.5	21.4	27.9	11.5	27.5	39.0	9.7	33.0	42.7	26.4	42.7	69.1
Retiro	5.3	20.1	25.4	5.5	17.6	23.1	4.2	25.1	29.3	11.9	38.1	50.0

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENAPLAF-95.

Cuadro No. 5
COLOMBIA: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE MUJERES EXPUESTAS
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD Y GRUPOS DE EDAD. 1976

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD				TOTAL
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más	
15-19	10.0	29.7	38.1	65.5	37.5
20-24	18.4	44.3	58.5	69.0	51.8
25-29	30.6	43.2	63.9	75.7	54.7
30-34	45.3	58.1	72.1	83.6	64.9
35-39	29.8	46.6	66.4	86.4	54.4
40-44	21.4	45.0	58.0	80.0	45.3
45-49	15.1	29.3	35.9	50.0	28.3
Total	25.6	44.7	60.3	74.8	50.7

Fuente: Cálculos propios con datos de la ENF-1976.

Cuadro No. 6

MÉXICO: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, DE MUJERES EXPUESTAS
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD Y GRUPOS DE EDAD. 1976

GRUPOS DE EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD				TOTAL
	0 años	1 a 3 años	4 a 6 años	7 años y más	
15-19	2.6	8.2	15.1	30.8	13.0
20-24	7.9	10.6	18.6	21.0	16.3
25-29	15.1	22.5	34.9	45.8	31.3
30-34	16.2	29.3	39.8	50.2	33.3
35-39	14.5	31.1	44.1	55.6	33.5
40-44	13.5	20.7	30.5	45.8	23.3
45-49	7.5	10.8	25.8	20.8	13.3
Total	12.1	20.4	29.4	36.9	24.6

Fuente: Cálculos propios con datos de la EMF-1976.

Tercera Parte

CONCLUSIONES

Este trabajo se propuso analizar la relación entre escolaridad femenina y fecundidad en dos contextos nacionales latinoamericanos con la intención de constatar el significativo efecto que tiene la mejora en el estatus social de la mujer en los procesos demográficos. Situación que, por otra parte, parece tan obvia que deja de ser un tema de investigación y pasa a un segundo plano en la agenda de los asuntos que deben ser abordados por los especialistas de esta región, a pesar de las implicaciones que tiene en el diseño de políticas públicas que atiendan los problemas de población.

Con este objetivo, se consideró importante realizar un análisis comparativo de la situación en Colombia y México al finalizar el siglo XX, que permita hacer evidente la necesidad de otorgar prioridad a los temas demográficos al iniciar un nuevo siglo, porque aunque muchos problemas se han superado en las décadas recientes, algunos de los rezagos en esta materia se encuentra muy relacionados con la condición social de las mujeres y por tanto, su mejora debe constituir el centro de atención de las políticas públicas.

Además, el estudio de esta relación constituye una oportunidad de mostrar la importancia del análisis comparativo, ya que se considera que el efecto de la educación sobre la fecundidad se presenta en todas las sociedades y su observación en dos países concretos y en un periodo de cambio social acelerado puede constituir un aporte al conocimiento de las implicaciones que este cambio tiene para las condiciones de vida de la población.

Este texto ha tratado de hacer evidente que el estudio de la relación entre educación de la mujer y fecundidad encuentra su justificación por los aportes que se hacen cuando menos a cuatro diferentes áreas relacionadas entre sí: a) la definición de la agenda de políticas que tienen que ver con la reducción de la fecundidad y los mecanismos para lograrlo, así como la mejora en las condiciones de sobrevivencia infantil y las condiciones socioeconómicas de las mujeres; b) el desarrollo de un teoría que de cuenta de las interacciones que se producen entre la estructura social y el comportamiento reproductivo, c) la aplicación de una metodología que de manera rigurosa pero simple, facilite la difusión y comprensión de los resultados de la investigación demográfica entre quienes deben tomar decisiones y d) la explotación intensiva de las bases de

datos que independientemente de las limitaciones que puedan tener sirvan para ampliar nuestro conocimiento sobre las variables demográficas y que en muchas ocasiones permanecen subutilizadas .

La oportunidad de contar con bases de datos que permitieran un análisis comparativo hizo que la atención estuviera centrada temporalmente en 1995, año en que se realizaron las encuestas que han servido de base a este análisis, pero es deseable que este tipo de análisis pudiera repetirse en el futuro, con información que ponga énfasis en aspectos sobre los cuales hasta ahora son insuficientemente analizados. Por ejemplo, los que hacen referencia a la autonomía femenina o las relaciones de poder al interior de la familia.

El marco analítico utilizado permitió clasificar las variables que actúan directamente sobre la fecundidad en tres grandes grupos denominados respectivamente: factores de oferta, factores de demanda y factores de regulación. En el primer grupo se analizó la edad a la primera unión conyugal, la edad al primer hijo y la mortalidad infantil; los factores de demanda están representados por los ideales de fecundidad es decir, la expresión del número ideal de hijos y finalmente el uso de anticonceptivos como factor de regulación para hacer coincidir la oferta y la demanda de hijos.

Los datos disponibles han hecho evidentes las situaciones que se consideran más significativas para explicar la evolución de la fecundidad y sus diferencias entre grupos socioeconómicos, asociadas a los cambios que se producen en la educación de la población femenina y que se manifiestan a través del incremento en el nivel de escolaridad y su participación creciente en relación con la población masculina.

A nivel general se observa en los dos países que las transformaciones educativas se inician con acciones que se proponen el abatimiento del analfabetismo, de tal manera que aunque todavía existe un porcentaje significativo de población analfabeta en las generaciones más viejas, entre las generaciones jóvenes esta condición prácticamente ha desaparecido.

El esfuerzo hecho en los dos países por construir su sistema educativo sólido y ampliar su cobertura, parece que se ha logrado en los niveles básicos en donde las tasas de escolarización muestran una cobertura prácticamente universal o cercana a ella. Este proceso inicialmente permitió que se beneficiara a la población infantil femenina y que las niñas, tradicionalmente relegadas en los hogares más pobres y a quienes no se enviaba a la escuela por razones económicas y también por razones culturales ya que se consideraba que “su lugar era la casa”, de

tal manera que el incremento de la oferta educativa hizo que pudieran asistir a las escuelas de educación elemental que se pusieron a funcionar en áreas rurales.

El incremento de la población escolar en el nivel medio y superior de la educación ha sido muy importante en los años recientes y el sistema ha tenido que responder a las demandas de una población que creció significativamente como resultado de las elevadas tasas de fecundidad de los años sesenta y setenta. Esta situación llevó a lo que se conoce como masificación de la enseñanza, que significó la creación en muy corto plazo de escuelas superiores y universidades o la ampliación de la matrícula en las ya existentes, con el consiguiente deterioro en algunos casos de la calidad de la educación al tener que improvisar al personal docente entre los propios egresados de las instituciones de educación superior, quienes en la mayoría de los casos carecían de conocimientos de didáctica general en sus materias.

El incremento de la oferta educativa benefició a diversos sectores de la sociedad que en el pasado no tenían la oportunidad de acceder a la educación superior y esta posibilidad fue mayor en el caso de México, en donde la oferta se amplió en instituciones públicas en las que la educación que se ofrece es gratuita.

Las mujeres han incrementado su escolaridad y la brecha entre hombres y mujeres, que en el pasado era muy grande cada día se reduce más; incluso, por primera vez en la historia de los dos países, la participación femenina en la educación superior se encuentra por encima de la participación masculina.

Puede suponerse como se plantea a lo largo de este texto, que los cambios descritos en el ámbito de la educación femenina deben ser considerados parte esencial en la explicación de los cambios demográficos y en especial de la evolución de la fecundidad en los países analizados. Parece evidente, que las mejoras en las condiciones sociales de la población femenina producen transformaciones significativas en la dinámica demográfica de un país.

Los resultados de esta investigación confirman la relación entre el nivel de escolaridad de la mujer y los factores que actúan directamente sobre la fecundidad, de tal manera que puede afirmarse a través de la evidencia empírica, que en Colombia y México un mayor nivel de escolaridad de las mujeres está asociado con una menor fecundidad.

Al describir el descenso de la fecundidad en las dos naciones analizadas, en las décadas finales del siglo XX, desde que fue evidente esta disminución en los años sesenta hasta los años previos a la terminación de este siglo, se pudieron observar algunas de las características de este

proceso entre las que destaca un inicio más temprano en el caso de Colombia, aunque con el paso del tiempo los niveles alcanzados tienden a coincidir. También se muestra una aportación relativa cada vez mayor de las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total, que se origina en la significativa reducción de las tasas de fecundidad de los otros grupos de edad, asociada con la limitación definitiva de la fecundidad, especialmente en el caso de las mujeres de 35 años o más. Se constató además que, como ha sucedido en otros países el descenso se hace cada vez más lento, debido a la interacción de diversos factores como son, la dificultad de postergar significativamente el nacimiento del primer hijo, ampliar el intervalo protogenésico y lograr que las mujeres se incorporen a la práctica de la anticoncepción desde muy jóvenes, ya que todavía una proporción importante de mujeres lleva a cabo esta práctica una vez que ha completado su fecundidad y entre algunos grupos, cuando las mujeres tienen ya un número grande de hijos.

En un ejercicio de análisis del cambio en la fecundidad a través de la estimación de las tasas correspondientes a través de las cuales se observa su nivel y evolución, se estimó el peso que tienen algunos de sus componentes para el caso de México y se hizo evidente que además de la disminución de la fecundidad marital, la transformación estructural de la población femenina de acuerdo con su distribución según nivel de escolaridad, es responsable de una proporción significativa del descenso de la fecundidad total. Es decir, el cambio en la composición de esta población es en sí mismo responsable de la baja de la fecundidad. Este ejercicio debería hacerse con mayor frecuencia para entender más claramente cómo se producen los cambios en los principales indicadores demográficos que muestran la dinámica de la población de la región.

La observación de la evolución de la fecundidad en el periodo analizado, permitía ya estimar que en un corto plazo, se llegaría a estar cerca del nivel de reemplazo generacional, como las estimaciones de la situación posterior al año 2000 en los dos países lo han confirmado.

La edad de inicio a la unión muestra una tendencia hacia su postergación tanto en Colombia como en México; sin embargo, lo más importante es que entre los diferentes grupos educativos, hay un comportamiento diferencial; de tal manera que la edad de la formación de la unión conyugal se pospone cada vez más, en la medida en que las mujeres tienen mayores niveles educativos. Es posible suponer, que tanto la mayor permanencia en la escuela como la ampliación de los roles individuales que la educación genera son responsables de esta posposición de la edad a la primera unión conyugal.

Al continuar con el análisis de los factores denominados de oferta que afectan a la fecundidad total, se pasó a observar la evolución de la mortalidad infantil y su asociación con la escolaridad de las madres. La mortalidad infantil en los dos países ha descendido drásticamente; no obstante este descenso en el caso de Colombia, con mayor evidencia se hace cada vez más lento.

En diversos contextos geográficos, una amplia gama de estudios ha mostrado el efecto que tiene el incremento de la escolaridad de las mujeres sobre la sobrevivencia de los hijos, parece que incluso la disminución del analfabetismo o la incorporación a la educación elemental producen una disminución significativa en la mortalidad infantil, en la medida en que las condiciones de cuidado prenatal o en las etapas iniciales de la vida de los niños mejoran, cuando las madres son capaces de procesar la información que las pone en contacto con medidas higiénicas y medidas preventivas, como la vacunación y atención a las enfermedades que enfrentan sus hijos, que incluyen desde la terapia de rehidratación oral hasta la visita al médico.

Es posible suponer además, que una mayor escolaridad y no sólo la educación elemental, hace que las mujeres abandonen actitudes fatalistas que hacen que ni ellas durante el parto, o sus hijos en sus primeros meses de vida, reciban los cuidados necesarios que amplíen su sobrevivencia.

Los datos analizados confirman que las mujeres más escolarizadas son las que tienen mayores cuidados prenatales, tanto en los controles médicos durante su embarazo, como en lo referente a la aplicación de la vacuna antitetánica y la atención médica durante el parto.

Sin estar en capacidad de establecer los mecanismos específicos que hacen que las mujeres con mayor nivel educativo asuman un comportamiento que incide sobre su salud y la de sus hijos, ya sea porque cuentan con mayor información o hacen uso de los servicios de salud a su alcance, las encuestas analizadas permiten afirmar que la educación de las madres constituye una condición que incide sobre las conductas relacionadas con la salud materno-infantil y por tanto es un factor que actuará sobre la morbilidad y mortalidad de la población.

En virtud de que ha sido un tema de interés para la investigación demográfica el efecto que pueda tener la mortalidad infantil sobre la fecundidad a partir de lo que se denomina “efecto reemplazo”, es decir, la necesidad de asegurar el número de hijos deseados con una fecundidad elevado ante la muerte de un hijo, se observó este posible efecto a través del promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres según hubieran tenido o no, la experiencia de la muerte de un hijo y

se observó que las mujeres que han perdido a su primer hijo tienen en promedio mayor número de hijos. Cuando se pone en duda esta relación, se habla de una relación espuria que en realidad refleja la asociación de la mortalidad infantil y la fecundidad con las condiciones socioeconómicas de la mujer de tal manera que, independientemente de la pérdida de un hijo, las mujeres más pobres tienen una mayor fecundidad. Sin embargo, un hallazgo especialmente sugerente es que este efecto se observa en todos los grupos educativos, aunque con intensidad diferencial, por lo que se puede suponer que la disminución de la mortalidad infantil puede provocar a su vez una disminución de la fecundidad a través de este mecanismo en todos los grupos sociales y constituye un argumento válido en la actualidad para incidir sobre la mortalidad infantil, no sólo porque esto por sí mismo está plenamente justificado, sino por su efecto sobre la fecundidad.

Con los datos de las encuestas, en los dos países se observa que la probabilidad de pasar del primero al segundo hijo cuando el primer hijo ha fallecido, es mayor que cuando éste sobrevive; las diferencias entre los distintos grupos de escolaridad son claras y muestran el posible efecto tanto de la escolaridad como de la mortalidad infantil sobre la fecundidad al incidir sobre la probabilidad de pasar a la siguiente paridez $n+1$, una vez que se tiene a un hijo de orden n .

Por otra parte, los datos mostraron que la sobrevivencia del primer hijo se incrementa en la medida en que el intervalo intergenésico es más largo. Por lo que se puede suponer que la ampliación de los intervalos genésicos tendrá un efecto primero, sobre la mortalidad infantil y al final de la vida reproductiva de las mujeres se reflejará sobre la fecundidad en el número total de hijos nacidos vivos.

En el ámbito de lo que se denominó factores de “demanda” representados por el deseo de tener determinado número de hijos, una de las conclusiones más significativas de este apartado es que los datos de Colombia y México parecen confirmar la posición de autores como Pritchett (1994) para quien, “el reto de reducir la fecundidad es el reto de reducir los deseos de la gente respecto a su fecundidad, no de reducir la fecundidad no deseada”. Puede afirmarse esto, a partir de los resultados que muestran que entre algunos sectores de la población el número ideal de hijos continúa siendo elevado.

Así, es posible suponer que una proporción importante de las diferencias en la fecundidad según nivel de escolaridad se explican por las diferencias en el número de hijos deseados. Sin

embargo, más allá de la asociación encontrada, no ha sido posible establecer de manera concluyente con los datos disponibles, en qué medida los deseos de tener hijos están determinados por influencias económicas y en qué medida por influencias culturales.

Las mujeres con mayor nivel de educación desean tener menos hijos que las mujeres con nivel educativo inferior. Entre mayor nivel educativo tenga la mujer menos proclive será a definir su identidad únicamente en función de su papel de madre y creer que su reconocimiento como individuo lo obtendrá al tener un elevado número de hijos.

Las metas reproductivas han cambiado entre las generaciones de mujeres, las más jóvenes tienen el ideal cercano a los dos hijos, en tanto que las de mayor edad aunque expresan que desearon tener menos hijos que los que han tenido, aún persiste en ellas la idea de una familia numerosa; idea que se pierde cuando se incrementa el nivel de escolaridad de las mujeres, ya que incluso independientemente de la generación a la que se pertenezca, una mayor educación implica un deseo por tener menos hijos.

Por otra parte, los datos también sugieren que el ideal de tamaño de familia está relacionado con el grado de autonomía que tiene la mujer para lograr tener el número de hijos que desea y que para el caso de las mujeres más escolarizadas, las metas están muy cercanas a la fecundidad que ellas tienen, es decir, deseos y número real de hijos coinciden. Además, parece claro que cuando la mujer ha completado su ideal de tamaño de familia, ella decide terminar con su reproducción a través de métodos de planificación familiar definitivos como la oclusión ovárica.

Independientemente de su nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres desea al menos tener un hijo. Una tercera parte de las mujeres quieren tener de dos a tres hijos y la mayoría desea tener un hijo hombre y una hija mujer. Un alto porcentaje de mujeres discuten con su pareja el número ideal de hijos que desean tener y cómo planificar el número de hijos.

Se observa también que una elevada proporción de mujeres no desea tener más hijos y las mujeres más jóvenes son las que deciden esperar más tiempo para tener su próximo hijo.

Los datos sugieren que la racionalidad para tener hijos es más de carácter emocional que económica; sin embargo, entre las mujeres menos escolarizadas parece que ellas piensan que los hijos son importantes porque dan seguridad en la vejez, ayudan en el trabajo doméstico y ayudan económicamente; en tanto que entre las más educadas estos aspectos son menos importantes, en tanto que sí lo son porque contribuyen a su realización como mujer y la unión de la pareja. Al

parecer el aporte que puede derivarse del hecho de tener hijos sobre la unión de la pareja conyugal, es una razón de mayor importancia entre las mujeres de mayor nivel de escolaridad que entre las menos escolarizadas.

Asociar el conocimiento y uso de anticonceptivos al nivel de escolaridad de las mujeres colombianas y mexicanas con la información de las encuestas analizadas ha permitido constatar algunas de la hipótesis desarrolladas a partir de la investigación empírica que han hecho evidente que un incremento en el nivel de escolaridad de la población femenina tendrá impacto sobre el comportamiento reproductivo y concretamente sobre el uso de anticonceptivos.

Analizar comparativamente el uso de anticonceptivos en dos países ha permitido hacer referencia al contexto más general para distinguir algunas diferencias formales en el papel del Estado y sus organizaciones en la promoción de las actividades de planificación familiar. En Colombia, como parte de una estrategia que evitó la confrontación con los sectores que se oponían a la anticoncepción y en especial la iglesia católica, se adoptó la política de apoyarse en instituciones privadas a las que se canalizaron recursos nacionales e internacionales para ser dedicados a las actividades de planificación familiar, que tuvieron gran éxito. En México, el Estado ha sido la institución desde donde se ha promovido y desarrollado la planificación familiar, a partir de la promulgación de la Ley de Población en 1973. Desde luego, en este país ha sido muy significativa la participación de instituciones privadas en esta materia, pero al Estado corresponde la mayor responsabilidad en el establecimiento de un Programa Nacional de Planificación Familiar.

En los dos contextos nacionales analizados y a través del tiempo, según la información disponible de toda una serie de encuestas especializadas que a partir de finales de los años 60 se han realizado, son muy claras las diferencias en el conocimiento y en el uso de métodos para el control de la fecundidad según escolaridad. Sin embargo, por lo que hace al conocimiento de estos métodos, si bien existe la percepción generalizada que el conocimiento es prácticamente universal, la información más reciente, permite suponer que entre la imagen de este conocimiento universal que se genera a través de la mención que hacen las mujeres sobre los métodos de los cuales han oído hablar y el conocimiento real, hay todavía una gran distancia, por lo que se hace necesario impulsar acciones que amplíen este conocimiento, especialmente entre las mujeres con menores niveles de escolaridad. Un ejemplo de esta situación, lo representan las mujeres que declaran usar el ritmo para controlar su fecundidad, sin embargo, un porcentaje

significativo desconoce cuál es, dentro del ciclo menstrual, el período de mayor fertilidad y por tanto, al tener relaciones sexuales desprotegidas enfrentan una mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado.

El análisis comparativo sobre el uso de anticonceptivos, ha mostrado que en el caso de Colombia, es posible suponer que las acciones desplegadas por las organizaciones encargadas de ofrecer servicios de planificación familiar han logrado una mayor cobertura entre las mujeres con menor nivel de escolaridad, si se le compara con la situación observada en México.

La incorporación a la anticoncepción según la edad al usar por primera vez un método, además de que es claramente diferencial por escolaridad, muestra que las mujeres más escolarizadas deciden en mayor proporción postergar el nacimiento del primer hijo a través de la anticoncepción, mientras que entre las mujeres menos escolarizadas este comportamiento no se percibe.

Un aspecto especialmente significativo y pocas veces analizado según nivel de escolaridad, es el relacionado con las razones que declaran las mujeres para no usar anticonceptivos y que hace más clara la necesidad de ampliar la información sobre estos métodos ya que el temor a efectos colaterales y una actitud de no estar de acuerdo con la anticoncepción, se encuentran muy relacionadas con la escolaridad de la mujer. Además, una situación que llama la atención es que la oposición de la pareja a usar anticonceptivos aparece también asociada a la escolaridad de la esposa.

La prevalencia en el uso de anticonceptivos no sólo es diferencial según escolaridad si lo que se observa es el perfil de usuarias por método específico, este perfil también es diferencial. Se observan mayores porcentajes de mujeres que han limitado definitivamente su fecundidad por medio de la esterilización entre las mujeres con menores niveles de escolaridad. Si bien parece que esta situación se origina en el hecho de que muchas mujeres en este grupo recurren a la esterilización una vez que han alcanzado su fecundidad deseada generalmente con un elevado número de hijos, también parece que ésta es una decisión que refleja la historia previa de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva y la posición del marido y sus propias condiciones que dificultan el acceso a la anticoncepción. Esto lleva a identificar otra situación en relación con la posición de la pareja respecto a la anticoncepción y es el hecho de que a pesar de que el marido no esté de acuerdo con el uso de anticonceptivos, se observan mayores proporciones de usuarias conforme se incrementa el nivel de escolaridad, lo que bien puede reflejar una mayor autonomía.

En diversos estudios realizados en otros continentes, se ha planteado que las mujeres con mayor autonomía tienen mayores probabilidades de usar anticonceptivos y que la educación es un factor que amplía el poder de decisión de las mujeres y sus niveles de autonomía. Para el caso de México, los datos permiten observar que efectivamente la escolaridad parece estar asociada con el ejercicio de la autonomía y que las usuarias de anticonceptivos muestran un mayor nivel de autonomía, por lo que bien puede ser ésta, el eslabón que permite explicar por qué las mujeres más escolarizadas son aquellas que usan en mayor proporción anticonceptivos. Este es un hallazgo que vale la pena explorar en futuras investigaciones que permitan generar información más amplia y detallada sobre los niveles y el ejercicio de la autonomía en relación con el comportamiento reproductivo.

APÉNDICE METODOLÓGICO: FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

1. Fuentes de información

Para obtener los diversos indicadores de cada una de las variables que se han analizado en este estudio, se ha utilizado información proveniente tanto del XII Censo de Población y Vivienda del año 2000 en el caso de México y del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1993 de Colombia, así como información de las Encuestas de Fecundidad de 1976 que forman parte del programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey) en el que participaron los dos países y que utilizaron un cuestionario individual muy similar, incluso en la forma de hacer las preguntas a través de las cuales se obtuvo la información de las mujeres en edad reproductiva, lo que facilita las comparaciones. Precisamente, como se ha tratado de hacer un análisis comparativo, este trabajo se ha basado principalmente en la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987 y la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF) de 1995 de México, y para el caso de Colombia se utiliza la información proveniente de la Tercera Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud (ENP-86) de 1986 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 1995.

Por lo tanto, a continuación se hace una descripción de la información específica que se utilizó y de las características de las encuestas que forman el núcleo central del análisis.

1.1. Los Censos

En el XII Censo de Población y Vivienda del año 2000 de México, con la intención de estimar la fecundidad se pregunta a las mujeres sobre el número total de hijos nacidos vivos; esta información sirve para hacer estimaciones de las tasas de fecundidad y de las probabilidades de crecimiento de las familias, indicadores que son analizado en los capítulos IV y IX respectivamente. En el caso del censo de Colombia de 1993, se utiliza la información de la edad y del estado conyugal, que se analiza en el Capítulo VI.

1.2. Encuestas de México

Como ya se mencionó, las Encuestas utilizadas en este trabajo son la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 y la Encuesta Nacional de Planificación familiar de 1995. Los datos que a continuación se describen se han tomado de la parte metodológica que se encuentra en las publicaciones de resultados de cada una de las encuestas.

1.2.1. Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud 1987

La encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 tenía como principales objetivos:

1. Estimar los niveles y tendencias de la fecundidad así como de algunas variables explicativas intermedias:
2. Actualizar el análisis y la medición de los niveles de uso de métodos anticonceptivos y el de las variables que describen sus características, patrones y tendencias y
3. Establecer y estudiar algunas interrelaciones entre la práctica anticonceptiva y la salud materno-infantil.

La población de estudio la constituyen los hogares que se encuentran en viviendas y las mujeres en edad fértil (15-49 años) que residen habitualmente en el hogar y que no estén temporalmente ausentes y por las mujeres que se encuentran en el mismo de manera temporal, aunque no residan habitualmente en él.

Para alcanzar los objetivos de la encuesta se diseñaron dos cuestionarios: un cuestionario de hogares que recoge información de todos los miembros del mismo y de las personas que temporalmente viven en él y un cuestionario individual que se aplica a todas las mujeres en edad fértil que se hayan listado en el hogar y que no estén ausentes.

1.2.1.1. Características de la muestra

La muestra corresponde a una submuestra del marco muestral de usos múltiples elaborado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Este marco fue conformado de tal manera que permitiera genera información para nueve regiones en que fue dividido el país y que se conforma de entidades federativas contiguas y completas.

Adicionalmente es posible generar información para las tres áreas metropolitanas más grandes del país y, a nivel nacional para la población residente en localidades de menos de 2500 habitantes, de entre 2500 y menos de 20.000 y, de 20.000 y más.

El tamaño de muestra se calculó en 900 mujeres para cada región. Los tamaños de muestra de viviendas tuvieron variaciones entre las regiones, ya que el promedio de mujeres en edad fértil por vivienda era diferente para cada una de ellas. Un caso especial fue el de las tres áreas metropolitanas donde se estimó un tamaño de muestra de 700 mujeres en edad fértil. De esta manera, se calculó que se requería entrevistar a un total de 10.200 mujeres en edad fértil, para lo cual se estimó que era necesario visitar 8.130 viviendas.

Cuadro No. 1

MÉXICO: RESULTADOS DEL LEVANTAMIENTO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL DE LA ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD Y SALUD

ENTREVISTAS A MUJERES EN EDAD FÉRTIL			RESULTADOS DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL			
Tamaño de la muestra MEF	Mujeres elegidas	Completa	No respuesta			
			Ausencia	Rechazo	Otras causas	Total
10200	100%	88.9	96	1.1	1.9	4
	9709	9310	101	107	191	399

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987.

Cuadro No. 2

MEXICO: RESULTADOS DEL LEVANTAMIENTO DE LA ENTREVISTA DE HOGAR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD Y SALUD

VISITAS AL HOGAR			RESULTADOS DE LA ENTREVISTA DE HOGAR						
Viviendas en muestra	Total de hogares	Completo	No respuesta asociada al informante				Problemas Marco	Viviendas desocupadas	No respuesta total
			Ausencia	Rechazo	Otras causas	Total			
8130	100%	88.9	3	0.8	0.4	4.2	2.8	4.2	11.1
	8763	7786	262	66	37	365	244	368	977

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987.

1.2.2. Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF) busca analizar los niveles y patrones de uso de métodos anticonceptivos entre la población mexicana.

La ENAPLAF es una herramienta adecuada para evaluar el impacto de la estrategia implementada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y las instituciones del sector salud que forman parte del mismo, para fortalecer los programas de planificación familiar en nueve estados definidos como prioritarios por presentar una problemática poblacional particular.

Los objetivos específicos de la Encuesta son:

- a) Actualizar el análisis y la medición de los niveles de uso de métodos anticonceptivos para el país en su conjunto y para los nueve estados prioritarios.
- b) Estimar los niveles y tendencias de la fecundidad, así como de algunas de sus variables explicativas intermedias para los nueve estados prioritarios.
- c) Estimar la demanda de servicios de planificación familiar para los nueve estados prioritarios.
- d) Aproximarse a algunos factores sociales y culturales que influyen en la aceptación de planificación familiar.

1.2.2.1. Población de estudio

Las poblaciones de estudio, de cuyos elementos o unidades de análisis se recabaron los datos, son:

- a) Los hogares nacionales y extranjeros de las viviendas particulares de uso regular ubicadas en el territorio nacional.
- b) Los residentes habituales de los hogares y los miembros que temporalmente vivían en él.
- c) Las mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 54 años de edad y que eran residentes habituales del hogar o que se encontraban en el mismo de manera temporal, aunque no residieran habitualmente en él.

1.2.2.2. Cuestionarios

Para la recolección de datos, se diseñaron tres cuestionarios: uno de hogar con preguntas para todos los residentes del hogar; otro individual para mujeres entre los 15 y 54 años de edad; y uno más para aquellas localidades menores de 2 500 habitantes.

Los temas del cuestionario individual fueron:

1. Características socioeconómicas de la mujer
2. Historia de embarazos
3. Preferencias reproductivas
4. Conocimiento y práctica anticonceptiva
5. Atención materno infantil del último y penúltimo hijo nacido vivo a partir de 1990
6. Nupcialidad
7. Exposición al riesgo de concebir
8. Características socioculturales

El cuestionario individual, en su parte básica, es una adaptación del cuestionario modelo del programa, Demography Health Survey (DHS) para la tercera ronda de su programa mundial de encuestas. Esto permite hacer comparaciones entre diversas Encuestas, tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

1.2.2.3. Cobertura y características de la muestra

La ENAPLAF se basó en una muestra probabilística que proporciona información para los siguientes niveles:

- Nacional
- Para cada uno de los siguientes nueve estados: Chiapas, México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz

Adicionalmente, para estos nueve estados prioritarios es posible generar información para los siguientes tamaños de localidad:

- Menos de 2 500 habitantes (rural)
- 2 500 habitantes o más (urbana)

El diseño de muestreo fue probabilístico no autoponderado debido a la asignación no proporcional de la muestra entre estados y entre localidades. El esquema que se siguió fue el de un muestreo por áreas con una estratificación de conglomerados seleccionados en tres etapas.

1.2.2.4. Tamaño de la Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se partió del supuesto de un muestreo aleatorio simple, y de las exigencias de precisión y confianza requeridas para la investigación, expresados en términos generales por:

$$\Pr[|p - P| \leq d] \geq 1 - \alpha,$$

Donde:

P = valor del porcentaje o proporción real de interés;

p = porcentaje o proporción que estima la encuesta;

d = máxima diferencia aceptable entre el valor real, P, y su estimación, p, proveniente de la encuesta; y

1- α = confianza requerida en la precisión, o sea la probabilidad de que se cumpla la especificación expresada con d.

La formula anterior y las exigencias de precisión y confianza condujeron a la siguiente expresión para la estimación inicial del tamaño de la muestra:

$$n_0 \geq \frac{k^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

Donde k se determinó en función de la confianza requerida (el valor especificado para 1 – usualmente 90% o 95%).

El tamaño de muestra requerido en un muestreo aleatorio simple sin reemplazo para distintos valores de P , d , y k , se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro No. 3

**TAMAÑO DE MUESTRA REQUERIDO PARA UN MUESTREO ALEATORIO
SIMPLE SIN REEMPLAZO**

d	P= .10	P=.20	P=.40	P= .50	P= .60	P= .80
Confianza 95% (k= 1.96)						
0.02	864	1537	2305	2401	2305	1537
0.03	384	683	1024	1067	1024	683
0.04	216	384	576	600	576	384
0.05	138	246	369	384	369	246
Confianza 90% (k= 1.65)						
0.02	613	1089	1634	1702	1634	1089
0.03	272	484	726	756	726	484
0.04	153	272	408	425	408	272
0.05	98	174	261	272	261	174

Fuente: ENAPLAF 1995, Informe de resultados, cuadro B1.

El tamaño de muestra inicial se determinó bajo el supuesto de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo. De hecho, este esquema de muestreo nunca se usa en la práctica en investigaciones de poblaciones como la de interés, pues resulta ineficiente y costoso.

Como se detalla en el diseño de muestra, se utilizó un muestreo estratificado con varias etapas de selección al interior de cada estrato. Esto implicó la necesidad de modificar el tamaño de muestra para reflejar la utilización de un diseño distinto al aleatorio simple sin reemplazo, o sea corregir los tamaños anteriores por el llamado “efecto de diseño” o DEFF.

El coeficiente DEFF es el cociente de la varianza del parámetro estimado resultante para un muestreo aleatorio simple de tamaño “n2, Vmas entre la varianza del mismo parámetro resultante de un muestreo distinto al aleatorio simple, Votro, o sea:

$$\text{DEFF} = \text{Votro} / \text{Vmas}$$

Usualmente DEFF es mayor a 1, por lo que el utilizar las fórmulas de muestreo aleatorio simple, para estimar la precisión de los parámetros estimados subestiman la varianza de estos y, por lo tanto, sobreestiman la precisión de los estimadores.

1.2.2.5. Diseño de la Muestra

Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico no-autoponderado debido a la asignación no proporcional de la muestra entre estados y entre localidades. El esquema que se siguió fue el de un muestreo por áreas con una estratificación de conglomerados seleccionados en tres etapas.

Tanto el tamaño de la muestra como su diseño, debían permitir la obtención de los indicadores de salud requeridos en el estudio (porcentajes y razones) con una precisión que se fijó en alrededor de cinco por ciento de error, para parámetros que se esperaba oscilaran entre 20 y 80 por ciento, con un nivel de confianza de alrededor del 90 por ciento para las localidades, y de al menos 95 por ciento para los resultados estatales.

Para cada estado prioritario se dividieron las localidades de cada municipio en dos partes: las localidades urbanas y las localidades rurales. Para ello se adoptó la definición del INEGI que denomina localidades rurales aquellas que, según el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, tenían menos de 2 500 habitantes y localidades urbanas a las de 2 500 o más habitantes.

1.3. Encuestas de Colombia

1.3.1. Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, 1986

1.3.1.1. Población de estudio

La información fue recolectada mediante entrevista individual a 5.331 mujeres entre 15-49 años.

1.3.1.2. Cobertura y características de la muestra

Dado el gran interés de tener estimaciones de igual precisión en cada una de las cinco regiones (Bogotá, Atlántica, Oriental, Pacífica y Central), se estableció un total de muestra de 1.000 hogares en cada una de ellas. Dentro de cada una de estas regiones, el diseño de muestra fue autoponderado. Sin embargo, cualquier estimación nacional requiere que cada región debe ser ajustada con su correspondiente ponderación. La muestra fue estratificada en urbano-rural dentro de cada departamento. Un tamaño promedio de submuestra esperado de aproximadamente 25 hogares por área última urbana (segmento) y de 35 por área última rural (sección) fue seleccionado para entrevistar a todas las mujeres entre 15 y 49 años de edad en dichos hogares.

Los segmentos urbanos y las secciones rurales seleccionadas para la ENP-86 provienen de la muestra para la llamada Encuesta de Cobertura del Censo de 1985. El principal objetivo de tal encuesta fue el de proporcionar estimaciones de cobertura del censo de 1985 para cada departamento para la cual se implementó una muestra autoponderada, estratificada y multietápica.

En cada región, para la muestra ENP-86, el total de 1.000 hogares asignados fue distribuido entre los departamentos en forma proporcional a sus respectivas poblaciones según el censo de 1985. Consecuentemente, el número total de áreas últimas a seleccionarse en cada departamento quedó completamente establecido.

En cada región, el submuestreo de áreas últimas tuvo que satisfacer dos requerimientos. Primero, se eliminaron las variaciones de las fracciones de muestreo por departamento que se tenía en la muestra para la Encuesta de Cobertura; y segundo, fue necesario calcular una fracción

de submuestreo de hogares dentro de cada área última para obtener aproximadamente un tamaño muestral promedio de 25 hogares por segmento urbano y 35 por sección rural.

En cada departamento de determinada región se consideró:

f^* : la fracción de muestreo total de la región a la cual pertenece el departamento para la muestra ENP-86.

PI^* : la probabilidad total de selección del área última (segmento o sección) seleccionada en la ENP-86.

$P2^*$: la probabilidad de selección de hogares dentro del área última seleccionada.

La condición de autoponderamiento en cada región se aplicó independientemente dentro de cada uno de los departamentos de la manera siguiente:

$$f^* = (p1^*) (p2^*) = [(m^*) (Mi/M)] [i/(I2")]$$

Donde:

m^* : número de áreas últimas seleccionadas en el departamento bajo consideración, para ENP-86;

Mi : medida de tamaño asignada al área última i -ésima, determinada en la muestra de Cobertura, seleccionada para la encuesta ENP-86;

M : medida de tamaño asignada al departamento bajo consideración en la muestra de Cobertura;

$I2''$: el intervalo de submuestreo de hogares dentro del área última seleccionada.

Los dos requerimientos anteriormente mencionados fueron obtenidos con el siguiente procedimiento:

Donde:

$$f^* = (p1^*) (p2^*) = [(m^*) (Mi/M)] [i/(I2'')]$$

$$f^* = [(m) (Mi/M)] [m^*/m] [i/(I2'')]$$

$$f^* = [PI^*] [m^*/m] [i/(I2'')]$$

m: número de áreas últimas seleccionadas para la muestra de Cobertura.

PI*: por similitud a p*, la probabilidad total de selección del área última en la muestra de Cobertura.

Se puede observar que para pasar de la muestra de Cobertura a la muestra ENP-86:

1) se mantuvo la probabilidad total de selección del área última en la muestra de Cobertura;

2) se tuvo que seleccionar m* áreas últimas para la muestra ENP-86 de las m en la muestra de Cobertura, y

3) la submuestra de 25 hogares promedio por área última urbana y de 35 en lo rural, quedó automáticamente impuesta por la fracción total de muestreo f*.

1.3.1.3. Cuestionarios

Los cuestionarios, así como los manuales de entrevistadora y de supervisión fueron diseñados por el IRD, pero fueron adaptados por el personal de la encuesta a las condiciones y necesidades de Colombia. El cuestionario de hogar permitió conocer la composición del hogar y algunas características de sus miembros así como de las estructuras habitacionales.

El cuestionario individual consta de ocho secciones:

1. Identificación y características generales de la entrevistada.
2. Historia de nacimientos.
- 3 Anticoncepción.
- 4 Salud y lactancia.
- 5 Nupcialidad.
6. Preferencias de fecundidad.
7. Características del marido y trabajo de la mujer.
8. Peso y talla de niños entre los 3 y los 36 meses.

En la sección-3 del cuestionario se incorporaron preguntas sobre grado de satisfacción con la esterilización, marcas y costo de cuatro productos anticonceptivos, marca usada actualmente por la entrevistada, y continuidad en el uso de la misma marca.

1.3.2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995

1.3.2.1. Características de la muestra

La muestra de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995, es probabilística y multietápica. La muestra maestra como se le denomina, está conformada por seis (6) submuestras de 1.020 segmentos y aproximadamente 11.000 hogares cada una. Tales segmentos y hogares están distribuidos en 61 municipios, seleccionados probabilísticamente del total de los municipios de los departamentos del país. El universo de la muestra maestra equivale, aproximadamente al 97 por ciento de la población nacional. Es una muestra de la Muestra Maestra Nacional que utiliza PROFAMILIA con propósitos de evaluación de sus programas. La descripción de las características pormenorizadas de la muestra se encuentra en el apéndice A del primer informe de resultados de esta encuesta en el que describe el Diseño y Cobertura de la Muestra Maestra, por lo que el lector interesado en conocer mayores detalles puede consultar el documento mencionado en la bibliografía.

1.3.2.2. Diseño y selección.

La submuestra está constituida por 10,935 hogares en las que se ubicaron 12,085 mujeres en edad fértil elegibles para la encuesta. Tal población está concentrada en 1020 segmentos de 10 viviendas en promedio, distribuidas proporcionalmente en las zonas urbana y rural (cabecera y resto) de 61 municipios ubicados en localidades de todos los tamaños y regiones del país.

El universo de la muestra representa aproximadamente el 97 por ciento de la población nacional de las mismas características. Se excluyeron los antiguos territorios nacionales (área de gran extensión y poca población), por los costos que implicaba contactar con una muy pequeña fracción de la población del país (3 por ciento)

1.3.2.3. Unidades de muestreo

Las unidades primarias de muestreo (UPM) son los municipios de 7.000 o más habitantes de los departamentos del país. Los antiguos territorios naciones, convertidos recientemente en departamentos, no forman parte del universo de esta muestra. Los municipios de menor tamaño se unieron con uno contiguo del mismo departamento. El tamaño mínimo de población de la UPM tiene que ver con la cantidad de segmentos que serían seleccionados en la Muestra Maestra para representar el estrato. Las unidades secundarias del Muestreo (USM) son los segmentos o grupos contiguos de hogares, de tamaño promedio 10 en una submuestra y de promedio 60 en el conjunto de la Muestra Maestra.

Un total de 11 UPM fueron de certeza, es decir, tuvieron probabilidad 1 de selección por su tamaño similar o superior al tamaño promedio de los estratos. Estas unidades son los municipios más grandes del país.

1.3.2.4. Cuestionarios

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995 (ENDSA-95) de Colombia, utilizó un cuestionario de hogares, que contiene información sobre la vivienda y sobre las personas del hogar y un cuestionario individual, para ser aplicado a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49) años de edad.

El cuestionario individual, en su parte básica, se basa en el cuestionario modelo del programa Demography Health Survey (DHS) que constituye un programa mundial de encuestas cuyo antecedente es el programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey) . Esto permite hacer comparaciones con las Encuestas de 1986 y 1995 de Colombia con las realizadas en otros países.

El cuestionario individual se aplicó a una población de la muestra de 11,140 mujeres de 15 a 49 años; a estas mujeres se les preguntó sobre:

1. Antecedentes de la entrevistada
2. Historia reproductiva
3. Anticoncepción

4. Embarazo y lactancia
5. Inmunización y salud
6. Nupcialidad
7. Preferencias de fecundidad
8. Antecedentes del marido y trabajo de la mujer
9. Sida
10. Violencia intrafamiliar
11. Peso y talla de los hijos.

1.4. Razones de selección de las Encuestas

La disponibilidad y acceso a la información que permita abordar un problema relevante, son sin duda dos aspectos importantes que se tienen en cuenta cuando se plantea una investigación. Cuando además interesa realizar una investigación de carácter comparativo, es fundamental asegurar la comparabilidad entre las fuentes y en este caso, todos estos aspectos se cumplen con la utilización de las encuestas mencionadas.

Resulta especialmente importante señalar que la Encuesta Nacional de Planificación familiar (ENAPLAF-95), además de permitir la comparabilidad entre los dos países, permite analizar aspectos de autonomía y toma de decisiones en materia reproductiva, ya que cuenta con información sobre estos temas a través de un bloque de preguntas que no han sido incluidas en otras encuestas; esto ha permitido analizar con mayor detalle la relación entre fecundidad y educación objetivo central de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Alejandro.** (1997). Cambios en la mortalidad infantil. *Demos Carta Demográfica sobre México*, No. 10, pp. 14-15.
- Aguilar M. Mario.** (2002). La educación en México (1970-2000): de una estrategia Nacional a una estrategia Regional. *La Tarea, Revista de Educación y Cultura*. No. 17.
- Alam, Iqbal y John Casterline.** (1984). Socio-economic Differentials in Recent Fertility. *World Fertility Survey Comparative Studies. Cross-National Summaries*. No. 33. International Statistical Institute and World Fertility survey, United Kingdom.
- Aldunate, Adolfo.** (1976). Estudio comparativo del comportamiento reproductivo en algunas áreas rurales y urbanas de América Latina. Centro Latinoamericano de Demografía, Escuela Latinoamericana de Sociología, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Santiago de Chile.
- Alexander, Karl; Thomas Reilly y James Fennessey.** (1981). Estimating the effects of marriage timing on educational attainment: Some procedural issues and substantive clarifications. *American Journal of Sociology*, Vol. 87, No. 1, pp. 143-156.
- Amato, P. R. A y S J. Rogers.** (1997). A Longitudinal Study of Marital Problems and subsequent Divorce. *Journal of Marriage and the Family*, Vol.59, No. 3, pp. 612-624.
- Angulo Novoa, Alejandro.** (1974). Familia Educación y Anticoncepción. FEDESARROLLO. Bogotá.
- Aparicio, Ricardo.** (1988). Niveles, Tendencias e impacto demográfico de la anticoncepción. En: Memoria de la Reunión sobre avances y perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México. pp. 27-42.
- Apple, Michael.** (1995). La política del saber oficial: ¿Tiene sentido un currículum nacional?. Volver a pensar la educación. Vol I. Pp. 153-171. Madrid España. Ediciones Morata.
- Arrext, Carmen.** (1976). Análisis de la fecundidad en Bolivia basado en los datos de la encuesta Demográfica Nacional de 1975. Instituto Nacional de Estadística. La paz.
- (1989). La Fecundidad en México. En: Beatriz Figueroa (edt). La Fecundidad en México Cambios y Perspectivas. El Colegio de México. pp. 197-215.
- Arriaga, Eduardo.** (1983). Estimating Fertility From Data On Children Ever Born, By Age Of Mother. *International Research Documents*, No.11; Bureau of the Census, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Ascadi, George y Gwendolyn Johnson-Ascadi,** (1990). Demand for children and for child-spacing. In: Ascadi, T.F.; Gwendolyn Johnson-Ascadi y Rodolfo A. Bulatao (Eds). Population and reproduction in sub-Saharan Africa. The World Bank. Washington, DC. pp. 155-185.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).** (1972). Características Socio-Demográficas de las Mujer Colombianas: Encuesta Nacional de Fecundidad. Parte Rural. Publicación No. 2. Bogotá.
- (1973). Características Socio-Demográficas de las Mujer Colombianas: Encuesta Nacional de Fecundidad. Parte Urbana. Publicación No. 4. Bogotá
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.** Anuarios Estadísticos, 1983-1999. Población escolar de licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos. México.
- Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA).** (1996). Encuesta Nacional de Prevalencia, Demografía y Salud, Colombia, 1995.
- Axinn, William. y Arland Thorton.** (1992). The Relationship between Cohabitation and Divorce: Selectivity or Causal Influence. *Demography*, Vol. 29, No. 3, pp. 357-374.
- Bagga, Amrita y S. Kulkarni.** (2000). Age at menarche and secular trend in Maharashtrian (Indian) girls. *Acta Biologica Szegediensis*, Vol 44, No. 1-4, pp. 53-37.
- Banco Mundial** (2001). Informe sobre el desarrollo mundial 2000-2001. Washington.

- Bankole, Akinrinola y Charles Westhoff.** (1995). Childbearing Attitudes and Intentions. Demographic and health Surveys, Comparative Studies 17. Macro International Inc. Calverton, Maryland.
- (1998). The consistency and validity of reproductive attitudes: Evidence from Morocco. *Journal of Biosocial Science*, Vol. 30, No. 4, pp. 439-55.
- Balk, Deborah.** (1994). Individual and community Aspects of Women's status and Fertility in rural Bangladesh. *Population Studies*, Vol. 48, No. 1, pp. 21-45.
- Bart Johnston Heidi y Kenneth H. Hill (1996)** Induced abortion in the Developing World, *International Family Planning Perspective*, Vol. 22, No. 3, pp 108-114.
- Basu, Malwade, Alaka.** (1992). Culture, the Status of Women and Demographic behaviour: Illustrated with the case of India. Clarendon Press. Oxford.
- (1996). Girls' schooling, autonomy and Fertility Change: What do These Words Mean in South Asia?. In: Jeffery, Roger and Alaka M. Basu (Edts.). *Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia*. Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 48-17.
- Bay Giomar; Fabiana, Del popolo y Delicia, Ferrando.** (2003) Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos". CEPAL CELADE. *Serie Población y Desarrollo* N°. 43. Santiago de Chile
- Bayona, Alberto.** (1977). Cobertura del Censo de Población 1973. Serie de Investigaciones, No. 1. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Bayona, José Arnulfo.** (1989). Reflexiones sobre la descentralización y la Ley 24. *Revista educación y pedagógica* No. 1 Universidad de Antioquia
- Beaujot, Roderic.** (1985). Population Policy Development in Canadian. *Demography. Canadian Studies in Population*, Vol. 12, No. 2, pp. 203-219.
- Beckman, Linda.** (1983). Communication, power, an the influence of social networks in couple decisions on fertility. In: Bulatao, Rodolfo A. y R.D. Lee (Edts.). *Determinants of Fertility in Developing countries*, Vol. 2, pp. 415-443. Academic Press. New York.
- Becker, Gary.** (1960). An economic analysis of fertility. In *Demographic and Economic Change in Developed Countries*. National Bureau Conference Series, No. 11, Princeton: Princeton University Press.
- Behm, Hugo; Primante, Domingo.** (1978). Mortalidad en los primeros años de vida en América Latina. En: *Notas de Población*, N° 16. Año VI, pp, 23-44. Santiago de Chile: CELADE.
- Bengtson, V.** (2001). Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 63, No. 11, pp. 1-16.
- Benitez, Z. Raul.** (1968). Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. El Colegio de México.
- y Julieta, Quilodran. (Compiladores). (1983). *La Fecundidad Rural en México*. El Colegio de México.
- Ben-Porath, Y.** (1978). Fertility response to child mortality: microdata from Israel. In: Preston, S.H. (ed.). *The Effects of Infant and Child Mortality on Fertility*. Academic Press. New York. pp. 161-180.
- Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas.** (1979). *La construcción social de la realidad*, Amorroutu Editores, Buenos Aires.
- Berelson, Bernard.** (1966). *Family Planning and Population Programs. A review of World Developments*. The University of Chicago Press.
- Bicego, G.T. y J.T. Boerma.** (1991). Maternal education and child survival: a comparative analysis of DHS data. In: *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, Washington D.C. Columbia, Maryland:IRD/Macro International Inc. Vo.I, pp.177-204.
- Blake, Judith.** (1965). Demographic science and the redirection of population policy. *Journal of chronic Diseases*, Vol. 18, No. 11, pp. 1181-1200.

- (1967). Reproductive Ideals and Educational Attainment among White Americans, 1943-1960. *Population Studies*, Vol. 21, No. 2, pp. 159-174.
- (1967). Income and Reproductive Motivation. *Population Studies*, Vol. 21. No. 3, pp. 185-206.
- (1968). Are Babies Consumer Durables? A Critique of the Economic Theory of Reproductive Motivation. *Population Studies*, Vol. 22, No.1, pp. 5 -25.
- Bledsoe, Caroline.** (1980). Women and Marriage in Kpelle Society. Stanford University Press, Stanford.
- ; Jennifer A. Johnson-Kuhn y John G. Haaga. (1999). Introduction. In: Bledsoe Caroline, John B. Casterline, Jennifer A. Johnson-Kuhn, y John G. Haaga. (Edts.). *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Committee on Population, National Research Council. pp. 1-22.
- Blossfeld, Hans-Peter; de Rose, Alessandra.** (1992). Educational Expansion and Changes in Women's Entry into Marriage and motherhood. The experience of Italian Women. *Genus*, Vol. 48, No. 3/4, pp. 73-91.
- Boerma, J.T., A. E. Sommerfelt y S.O. Rutstein.** (1991). Childhood morbidity and treatment patterns. DHS Comparative Studies No.4 . Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.
- ; A. E. Sommerfelt; S.O. Rutstein y G.T. Bicego. (1990). Immunization: Levels, Trends, and Differentials. DHS Comparative Studies No.1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.
- Bogue, Donald, J.** (1969). Principles of Demography, John Wiley and Sons, Inc. New York.
- y Elizabeth J. Bogue. (1970). Techniques of Pregnancy History Analysis. Family planning research and evaluation, manual number 4. Community and Family Study Center. University of Chicago.
- Bonder, Gloria.** (1994). Mujer y Educación en América Latina: Hacia la igualdad de oportunidades. *Revista Iberoamericana de Educación* No. 6. pp: 9-48.
- Bongaarts, Jhon.** (1976). Intermediate Fertility variables and marital fertility rates. *Population studies*, Vol. 30, No. 2, pp. 227-241.
- (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, Vol. 4, No. 1, pp. 105-132.
- y Hernan, Delgado. (1979). Effects of nutritional status on fertility in rural Guatemala. In: Henri, Leridon and Jane Menken (eds.). *Natural Fertility*. Orinda Editions. Liege. pp. 109-133.
- (1982). The Fertility inhibiting effects of intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*, Vol. 13, No. 6/7, pp. 179 -189.
- y Robert G. Potter. (1983). Fertility, Biology and Behavior an analysis of The Proximate Determinants. Academic Press. New York.
- (1990). The measurement of wanted fertility. *Population and Development Review*, Vol. 16, No. 3, pp. 487-506.
- (1992). Fecundidad deseada en América Latina: Tendencias y diferenciales en siete países. En: *Notas de Población*, No. 55, pp. 79-102.
- (1995). The role of family planning programs in contemporary fertility transitions. The Population Council, Research Division Working Paper Series No.71. New York.
- (2003). Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and fertility Preferences. The Population Council, Policy Research Division. Working Papers No.177. New York.
- Bonilla, Elssy y Penélope, Rodríguez.** (1992). Fuera del cerco. Mujeres, Estructura y Cambio Social en Colombia. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, ACIDI, Bogotá.
- Bonilla, Ricardo.** (1999). Trayectorias generacionales en Colombia. En: Observatorio de Coyuntura Socioeconómica, Boletín No. 7. Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia.
- Boserup, Ester.** (1985). Economic and demographic interrelationships in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, Vol. 11, No. 3, pp. 383-397.
- Brass, William.** (1977): Cuatro lecciones de William Brass, Serie D, No.91, Santiago de Chile.

- . (1978). Screening Procedures for Detecting Errors in Maternity History Data. Technical Paper, No. 810, World Fertility Survey, Londres.
- y H. Raschad. (1979). Screening Procedures For Detecting Errors in Maternity History Data. *Asian Population Studies*, Series No.44, Bangkok, UN-ESCAP.
- Bulatao, Rodolfo A. Ronald; D. Lee; P. Hollerbach y J. Bongaarts** (eds). (1983). Determinants of Fertility in Developing Countries. Vols 1, 2, 3. Academic Press. New York.
- . (1985). Fertility and Mortality Transition. World Bank Staff Working paper No. 681. The World Bank, Washington. D.C.
- Bumpass, Larry y Charles Westoff.** (1970). The perfect contraceptive. *Population, Science*, Vol. 169, Issue 3951, pp. 1177-1182.
- ; Ronald R. Rendfuss, James A. Palmore, Mercedes Concepción y Byoung Mohk Choi. (1982). Intermediate Variables and Educational Differentials in Fertility in Korea and the Philippines. *Demography*, Vol. 19, No. 2, pp. 241-260.
- ; Teresa Castro Martín y J. Sweet. (1991). The Impact of Family Background and Early Marital Factors on Marital Disruption. *Journal of Family Issues*, Vol. 12, No. 1, pp. 22-42.
- Bushan, I. y K. Hill.** (1995). The measurement and interpretation of desired fertility. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Francisco.
- Bustillo, Ines.** (1993). Latin America and the Caribbean. In King, Elizabeth and Anne, Hill. Women 's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits and Policies. The World Bank, The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London. pp. 175-210.
- Cabré, Anna y Andreu, Domingo.** (1988). El tipo de unión como paradigma de los cambios en los roles. Matrimonio y cohabitación, Barcelona, 1985. Papers de Demografia. Centro de Estudios Demográficos, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Cain, Mead.** (1982). Perspectives on family and fertility in developing countries. *Population Studies*, Vol. 36, No. 2, pp. 159-175.
- . (1984). Women Status and Fertility in Developing Countries: Son Preference and Economic Security. World Bank Staff working paper No. 682. Washington, D.C.
- . (1989). Family structure, Women Status and Fertility change. In: International Population Conference/Congress International de la Population, New Delhi. International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP]. Vol.1, Pp. 181-188.
- Caldwell, Bruce.** (1996). Female Education, autonomy and fertility in Sr Lanka. In: Jeffery, Roger and Alaka M. Basu (Edts.). Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia. Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 288-321.
- Caldwell, John, I. O, Orubuloye.** (1975). The impact of public health services on mortality: a study of mortality differentials in a rural area in Nigeria. *Population Studies*, Vol. 29, No. 2, pp. 259-272.
- . (1976). Towards a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3-4, pp. 321-366.
- . (1977). The Persistence of high fertility : population prospects in the third world. Family and fertility change series, No. 1. Canberra, Dept. of Demography, A.N.U.
- . (1979). Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian Data. *Population Studies*, Vol. 33, No. 3, pp. 395-413.
- . (1980). Mass Education as a Determinant of the Timing of Fertility Decline. *Population and Development Review*, Vol. 6, No. 2, pp. 225-255.
- . (1981). The mechanisms of demographic change in historical perspective. *Population studies*, Vol. 35, No. 1, pp. 5-27.
- y Patt C. Caldwell. (1981). Causes and Consequences in the Reduction of Postnatal Abstinence in Ibadan City, Nigeria. In H. J. Page y R. Lesthaeghe (Eds.) Child-Spacing in Tropical Africa: Traditions and Change. Studies in population. London, Academic Press. New York. pp. 181-199.
- . (1982). Theory of Fertility Decline. Academic Press. London.

- (1982). The Wealth Flow Theory of Fertility Decline. In: Hohn, C. y R. Mackensen. (Edts). Determinants of Fertility Trend: Theories Re-examined. Ordina editions Liège. pp.169-188.
- y McDonald, P. (1982). Influence of maternal education on infant and child mortality: Levels and causes. *In International Population Conference. Papers*, No. 2, pp. 79-96.
- ; P.H. Reddy y P. Caldwell. (1983). The social component of Mortality Decline: an Investigation in South India employing alternative methodologies. *Population Studies*, Vol. 37, No. 2, pp. 185-205.
- (1985). Educational Transition in South India. *Population and Development Review*, Vol. 11, No. 1, pp. 29-51.
- (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, Vol. 12, No. 2, pp.171-220.
- y Patt Caldwell. (1987). The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, Vol. 13, No. 3, pp. 409-437.
- y Patt Caldwell. (1988). Kinship forms, female autonomy, and fertility: What are the connections?. Canberra: Australian National University, Department of Demography, paper prepared for the Rockefeller Foundation Workshop on the Status of Women in Relation to Fertility an Mortality, Bellagio, Italy.
- (1990). Cultural and social factors influencing mortality levels in developing countries. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 510, pp. 44-59.
- (1994). How is greater maternal education translated into lower child mortality?. *Health transition review*. No. 4, pp. 224-229.
- Camargo V., L.** (1992). Estimaciones de la fecundidad con información de las estadísticas vitales del RENAPO (mimeo).
- Camisa, Zulma** (1970). Las medidas tradicionales de la fecundidad, Serie BS No.1, CELADE, San José, Costa Rica.
- Canaval, Eugenia; Gloria, Cerquera; Nubia, Hurtado y Jairo, Lozano.** (2006). Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. *Investigación y educación en enfermería*. Universidad de Antioquia. Vol.24, No.1. Pp. 26-35.
- Castro Martín, Teresa y Larry Bumpass.** (1989). Recent Trends in Marital Disruption. *Demography*, Vol. 26, No. 1, pp. 37-51.
- y Njogu, Wamucii. (1994). A decade of change in contraceptive behaviour in Latin America: a multivariate decomposition analysis. *Population Bulletin of the United Nations*, No. 36, Pp. 81-109. New York.
- (1995). Women's Education and Fertility: Results from 26 Demographic Health Surveys. *Studies in Family Planning*, Vol. 26, No. 4, pp. 187-202.
- y Fatima Juarez. (1995). The Impact of Women's Education on Fertility In Latin America: Searching for Explanations. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 21, No. 2, pp. 52-57 + 80.
- y Fátima Juárez. (1996). La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial, pp. 4-10.
- Casterline, John B. y James Trussell.** (1980). Age at first birth. World Fertility Survey Comparative Study, No. 15, International Statistical Institute: Netherlands.
- ; Susheela. Singh; John, Cleland y Hazel, Ashurst. (1984). The Proximate Determinants of Fertility. *World Fertility Survey Comparative Studies Cross National Summaries*, No. 39. International Statistical Institute. Netherlands.
- Centro Latinoamericano de Demografía, Community and Family Study Center.** (1972). Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America. Donald Bogue (Ed.) Community and Family Study Center. The University of Chicago.
- (1980). La fecundidad en México, Estimación de niveles y tendencias, 1950-1979, CELADE, Santiago de Chile, (mimeo).

- (1981). América Latina Situación Demográfica evaluada en 1980: Estimaciones 1960-1980 y Proyecciones 1980-2025. San José. Costa Rica.
- Clay, Daniel y James, Zuiches.** (1980). Reference Groups and Family Size Norms. *Population and Environment*, Vol. 3, No. 3-4, pp. 262-279.
- Cleland, John,** Roderick Little, y Pichit Pitaktepsombati. (1979). Illustrative Analysis: Socio-Economic Determinants of Contraceptive Use in Thailand, WFS Scientific Reports No.5. World Fertility Survey, London.
- ; Verrall J y Vaessen M. (1983). Preferences for the sex of children and their influence on reproductive behaviour. *World Fertility Survey Comparative Studies*, No. 27, International Statistical Institute.
- ; John B. Casterline, Susheela Sing, Hazel Ashurst. (1984). The effects of nuptiality, contraaption and breastfeeding on fertility in developing countries. *International family planning perspectives*. Vol. 10, No. 3 pp. 86-93
- y Christopher, Wilson. (1987). Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View. *Population Studies*, Vol. 41, No. 1, pp. 5-30.
- y Germán Rodríguez. (1988). The Effect of Parental Education on Marital Fertility in Developing Countries. *Population Studies*, Vol. 42, No. 3, pp. 419-442
- (1990). Maternal education and child survival: further evidence and explanations. In: Caldwell, J., S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, J. Braid and D. Broers-Freeman. (Eds). *What We Know about the Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Centre, The Australian National University. Canberra. Vol. 1, pp. 400-419.
- y S. Jejeebhoy. (1996). Maternal schooling and fertility: Evidence from Census and Surveys. En: *Girls En: Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia*. Roger Jeffery y Alaka M. Basu. (Edts). Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 72-106.
- Coale, Ansley y Edgar. M. Hoover.** (1965). *Crecimiento de Población y Desarrollo Económico*. Editorial Limusa-Wiley, S.A., México.
- Coale, Ansley J.** (1973). The Demographic Transition reconsidered. in *International Population Conference, International Union for the Scientific Study of Population*. Liege. Vol.1, pp. 53-72.
- ; J. Trussell. (1974). Model fertility schedules: variations in the age structure of childbearing in human populations. *Population Index*, Vol, 40, No. 2, pp. 185-258.
- (1992). Age of entry into Marriage and the Date of the initiation of voluntary Birth control. *Demography*, Vol. 29, No.3, pp. 333-341.
- Cochrane, Susan Hill.** (1979). *Fertility and Education: What do we really know?*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- ; J. Lestie, y D.J. O'Hara. (1982). Parental Education and Child Health: Intracountry Evidence. *Health Policy and Education*. Staff Working Paper 405. World Bank. Washington, D.C. Vol. 2, Nos. 3-4, pp. 213-250.
- (1983). Effects of Education and Urbanization on fertility. In: Bulatao, R. A. y R. D. Lee (Edts). *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol.2. Academic Press, New York. pp. 587-627.
- ; Samir M. Farid. (1989), *Fertility in Sub-Saharan Africa. Analysis and Explanation*, World Bank Discussion Papers No. 43, The World Bank, Washington DC.
- Collver, Andrew.** (1965). *Birth Rates in Latin America, New Estimates of Historical Trends and Fluctuations*. Berkeley: University of California. Institute of International Studies. Research Series, No. 7.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Naciones Unidas** (1998). *Panorama social de América Latina y el Caribe 1997*. Santiago de Chile.
- Comité de Trabajo para el Estudio del Impacto de Planificación Familiar sobre la Estructura Demográfica Económica y Social de Colombia.** (1976). *El descenso de la fecundidad y*

- Planificación Familiar en Colombia 1964-1975. Corporación Centro Regional de Población, Bogotá.
- Community and Family Studies Center.** (1972). Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America. The university of Chicago.
- Conde, Luis; Alvaro, Rueda; Beatriz, Gracia; Angela, Hormaza y Juan, Agudelo.** (2003). Edad sexual en escolares de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, Vol. 34 No. 2, pp. 69-76.
- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.** (1982). Reproducción de la Población y Desarrollo. Propuestas Alternativas para el estudio de la Población. Sao Paulo.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO).** (s.f.). Encuesta Nacional Demográfica. México, 1982.
- (1983). Estimación del nivel de la fecundidad según la Encuesta Nacional Demográfica. Proyecto: Revisión de los niveles actuales de fecundidad y mortalidad en México, Secretaría. de Gobernación, México (mimeo).
- (1988). Niveles y tendencias de los fenómenos demográficos en México. Informe 1988, México, Perspectivas demográficas y socioeconómicas, serie de estudios prospectivos.
- (1997). Encuesta Nacional de Planificación familiar, 1995. México.
- (1998). La Situación demográfica de México.
- Coombs, Lolagene.** (1974). The measurement of family size preference and subsequent fertility. *Demography*, Vol. 11, No. 4, pp. 587-611.
- Coordinación del Programa De Planificación Familiar.** (1980). Estimaciones de fecundidad y mortalidad a nivel nacional. Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad Mortalidad.
- Corporación Centro Regional De Población (CCRP), Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE) E Instituto Internacional De Estadística (ISI)** (1978). Encuesta Nacional de Fecundidad Colombia 1976. Resultados Generales. Bogotá.
- ; Ministerio De Salud De Colombia E Institute For Resource Development/ Westinghouse. (1988). Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, 1986.
- Chanana, Karuna.** (1996). Education Attainment, status production and women's autonomy: A study of two generations of Punjabi women in New Delhi. In: Jeffery, Roger y Alaka M. Basu (eds.). Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia. Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 107-132.
- Chaudhury, Rafiqul.** (1978). Female Status and Fertility Behavior in Metropolitan Area of Bangladesh. *Population Studies*, Vol. 32, No. 2, pp. 261-273.
- Cherlin, Andrew y Nancy, Riley.** (1986). Adolescent Fertility: An Emerging Issue in Sub-Saharan Africa. Technical Note 86-23, Population Health and Nutrition Department, World Bank. Washington D.C.
- (1992). Marriage, Divorce, Remarriage. Cambridge: Harvard University Press.
- Cho, Lee-Jay.** (1973). The own-children approach to fertility estimation: An elaboration. In International Population Conference. Vol. 3. Liege: International Union for the Scientific Study of Population. East-West Center Reprints: Population Series No. 50 pp 263-279.
- Chowdhury, Alauddin A.K.M; Atiqur Rahman Khan, y Lincoln C. Chen.** (1976). The effect of child mortality experience on subsequent fertility: in Pakistan and Bangladesh. *Population Studies*, Vol. 30, No.2, pp.249-261.
- ; Aminuil I., Vincent Fauveau, y K.M. Ashraful Aziz. (1992). The effect of child survival on contraceptive use in Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, Vol. 24, No. 4, pp.427-432.
- Davidson, Maria.** (1976). Fertility Trends and Differentials in México. (1950-1970). International Statistical Programs Center, U.S. Bureau of the Census (mimeo).
- Davis, Kingsley y Judith Blake.** (1956). Social Structure and Fertility: An Analytical Framework. *Economic Development and Cultural Change*. Vol. 4, No. 3, pp. 211-235.

- De Guzman, Eliseo. A.** (1984). The effects of infant mortality on fertility en the Philippines. In: Engracia, L.T.; C. Mejia-Raymundo, and J.B. Casterline, (Eds). Fertility en the Philippines: Further Analysis of the Republic of the Philippines Fertility Survey 1978. Woorburg. Netherlands International Statistical Institute. pp. 123-130.
- De Ibarrola, Maria.** Las dimensiones sociales de la educación. 1985. Ediciones El Caballito. México.
- Delgado, H., R. Martorell, y R. E. Klein,** (1982). Nutrition, lactation, and birth interval components in rural Guatemala. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 35, No. 6, pp.1468-1476.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística.** (1967). XIII Censo Nacional de Población y II de Vivienda. 1964. Resumen Nacional.
- (1976). Fecundidad actual y retrospectiva en 1973. *Boletín mensual de estadística*, Nos. 297-298. Bogotá.
- (1980). XIV Censo Nacional de Población y III de Vivienda. 1973. Resumen Nacional. Bogotá.
- (1985). 50 años de estadísticas educativas. Bogotá.
- (1986). XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda. 1985. Bogotá.
- (1996). XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda. 1993. Resumen Nacional. Bogotá.
- Encuestas de Hogares y Calidad de Vida de 1997.
- Encuesta Nacional de Hogares, septiembre 1997 y 1999.
- Departamento Nacional de Planeación.** (1972). Plan Nacional de Desarrollo: Las cuatro estrategias 1970-1974.
- Misión Social y Programa de las Naciones Unidas. (1998). Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998. Bogotá, TM Editores.
- (1999). La educación en cifras. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia. Boletín No. 19, Quebecor Impreandes Colombia S.A.
- (1999). Gasto social 1980-1997. Boletín No. 21.
- (2000). Indicadores de coyuntura social. Boletín No. 24.
- (2000). Coyuntura económica e indicadores sociales. Boletín No. 26.
- (2000). Eficiencia del sistema educativo: Perfiles departamentales 1995-1999. Boletín No. 28.
- (2000). Informe de desarrollo Humano para Colombia 1999.
- (2001). Información de estadísticas relacionadas con educación superior y docentes. 2001. Bogotá.
- (2001). Desarrollo Humano Colombia 2000.
- Davis, Kingsley y Judith Blake.** (1956). Social Structure and Fertility: An Analytical Framework. *Economic Development and Cultural Change.*, Vol. 4, No. 3, pp. 211-235.
- De Vos, Susan.** (1998). Nuptiality in Latin America: The View of a Sociologist and Family Demographer. Center for Demography and Ecology University of Wisconsin-Madison. CDE Working paper No. 98-21.
- Diamond, Ian; Margaret Newby y Sarah Varle,** (1999). Female Education and Fertility: Examining the Links. In: Bledsoe, Caroline.; John, Casterline; Jennifer. Johnson-Kuhn, and John, Haaga, (Edts.). *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, National Academy of Science Press. Washington, D.C. pp. 23-48.
- Díaz, R.** (1957). Informe del proyecto para el primer plan quinquenal. Oficina de planeación del Ministerio de Educación Nacional. Bogotá.
- Dirección General de Planificación Familiar.** (1989). Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Secretaría de Salud e Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., México, D.F.
- Dirección General de Estadística.** Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, varios años.
- Dixon, Ruth.** (1975). women's right and fertility. Council Reports on population/family planning No. 17. Population Council. New York.
- (1978). Rural Women at Work: Strategies for Development in South Asia. Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Dyson, Tim y Mick, More.** (1983). On kinship structure, female autonomy and demographic behaviour in India. *Population and Development Review*, Vol. 9, No.1, pp. 35-60.

- Duran, Alvarado, Alberto.** (2002). Anticoncepción en México. *Revista Ginecología y Obstetricia*, Vol. 70, No. 5, pp. 227-235. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México.
- Duarte, J.** (2003). Educación Pública y Clientelismo en Colombia. Universidad de Antioquia. Editorial Clío.
- Durch, J. S.** (1980). Nuptiality Patterns in Developing Countries: Implications for Fertility. Reports on the world fertility survey, No.1. Population Reference Bureau. Washington, D.C.
- Easterlin, Richard.** (1969). Towards a socioeconomic Theory of Fertility: A survey of recent research on economic factors in american fertility. In: Behrman, S. J. et al (Edts.), *Fertility and family planning: A world wiew*, Ann Arbor: University of Michigan Press. pp. 127-156.
- (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in family planning*, Vol. 6, No. 3, pp. 54-63.
- (1978). The Economics and Sociology of Fertility: A Synthesis. In: Tilly, Charles (Edt.), *Historical Studies of Changing Fertility*. Princeton, Princeton University Press. pp. 57-133.
- y Eileen M. Crimmins. (1985). *The Fertility Revolution a Supply- Demand Analysis*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Echarri, Carlos.** (1990). Encuesta Nacional sobre Fecundidad y salud 1987: Una valuación de la Calidad de la Información. Tesis presentada para optar el título de Maestro en Demografía. El Colegio de México, México.
- Echeverry, Gonzalo.** (1991). *Contra viento y Marea: 25 Años de Planificación Familiar en Colombia*. Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP), Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA). Bogotá.
- Eichelbaum de Babini, Ana.** (1995). La extensión y distribución de la educación latinoamericana: Un marco para delimitar los problemas cualitativos. *Revista Interamericana de Desarrollo Educativo: La Educación*, No. 122. Vol. III. Buenos Aires.
- Elder, Glen H., Jr. y Richard C. Rockwell.** (1976). Marital Timing in Women's Life Patterns. *Journal of Family History*, Vol. 1, No. 1, pp. 34-53.
- Elizaga, Juan C.** (1977). Participación de la Mujer en la Mano de Obra de América Latina: la fecundidad y otros determinantes. Centro Latinoamericano de Demografía. (CELADE). Serie D; 95.
- Elkins, Henry.** (1973). Cambios de Fecundidad. En: Heredia, Rodolfo y Elena Prada (eds.). *La Fecundidad en Colombia*. Bogotá: Encuesta Nacional de Fecundidad. Publicación No.5. pp, 29-42.
- Escobedo de la Peña, Beatriz y Atilia, Ramírez.** (1986). Los censos y la medición de la fecundidad en México. En: Memoria del Taller Nacional de Evaluación del Censo General de Población y Vivienda.1980. Vol. 2, INEGI, San Juan del Río, México.
- Escuela Superior de Educación Pública (ESAP).** REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia 1991. Centro de Publicaciones, Edición Príncipe, Bogotá.
- Fapohunda Eleonora y Michael, Todaro.** (1988). Family structure, implicit contracts and the demand for children in Southern Nigeria. *Population and Development Review*, Vol. 14, No. 4, pp. 571-594.
- Farkas, Janice y Dennis, Hogan.** (1995). The demography of changing intergenerational relationships. In: Bengtson, Vern; K. Warner Schaie y Linda M. Burton. *Societal Impact on Aging: Intergenerational Perspectives*. New York. pp. 1-18.
- Fernández Enguita, M.** (1990). *La escuela a examen*. Ediciones Eudema. Madrid,
- (1999). *Sociología de la educación*. Editorial. Ariel, Barcelona.
- Ferro, M.** (1982). Análisis de una experiencia: La Misión Pedagógica Alemana, en revista colombiana de Educación. Vol.10 Bogotá.
- Figueroa C., Beatriz.** (1986). El registro extemporáneo de los nacimientos según sexo: el caso de México. El Colegio de México. (Documento presentado en la III Reunión Nacional Sobre la Investigación Demográfica en México).

- . Compiladora. (1989). La fecundidad en México: cambios y perspectivas. CEDDU, El Colegio de México, México.
- y Virgilio Partida B. (1990). Nueva estimación de los nacimientos ocurridos para la República Mexicana, 1950-1990. Ponencia presentada en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, 23-27 abril, El Colegio de México.
- (1992). La fecundidad en 1990: el delicado tema de las estimaciones actuales. *DEMOS. Carta Demográfica sobre México*, pp 10-12.
- Florez, C.** (1989). Changing Women's Status and Fertility Decline in Colombia. In: Population: Today and Tomorrow Policies, Theories and Methodologies, Proceedings of the International Population Conference, New Delhi. Vol. 1, pp. 189-200.
- (1996). Social Change and Transitions in the Life Histories of Colombians Women. En: Guzmán J.; S. Singh; G. Rodríguez y E. Pantelides, (eds). *The Fertility Transition in Latin America*. Claredon Press. Oxford. pp. 252-272.
- Folbre, Nancy.** (1983). Of patriarchy born. The political economy of fertility decision. *Feminist studies*, Vol. 9, No.2, pp. 261-284.
- Freedman, Ronald y D. Slesinger.** (1961). Fertility differentials for indigenous non-farm population of the U.S. *Population Studies*, Vol. 15, No. 1, pp. 161-173.
- (1962). The sociology of human fertility: a trend report and bibliography. *Current Sociology*, Vol. 10-11, No. 2, pp.35-68.
- (1963). Norms for family size in underdeveloped areas. *Proceedings of the Royal Society*, Section B, Vol. 159, pp. 220-245.
- (1997). Do Family Planning Programs Affect Fertility Preferences? A literature Review. *Studies in family Planning*, Vol. 28, No. 1, pp. 1-13.
- Freedman, Deborah S.** (1976). Mass Media and Modern Consumer Goods: Their suitability for policy interventions to decrease fertility. In: R. G. Ridker, (edt.). *Population and Development: The search for Selective interventions. Resources for the Future*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland. pp. 356-386.
- Frisch, Rose, Roger, Revelle.** (1970). Height and weight at menarche and a hypotheses of critical body weights and adolescent events. *Science*, Vol. 169, No.3943, pp.397-399.
- Fuentes Molinar, O.** (1989). El acceso a la escolaridad en México, 1982-1988. Cuadernos Políticos, No. 58, México. ERA.
- Gage-Brandon Anastasia, J. Dominique Meekers.** (1993). The Changing Dynamics of Family Formation: Women's Status and Nuptiality in Togo. Paper presented at the seminar on Women and Demographic change in sub-Saharan Africa Sponsored by the IUSSP committee on Gender and Population. Senegal.
- (1995). Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo. *Studies in Family Planning*, Vol. 26, No. 5, pp. 264-277.
- García y Garma Irma O.** (1979). Diferenciales de la Fecundidad en México, 1970. En: *Demografía y Economía*, Vol. 13, No. 1, pp. 49-81.
- (1989). Balance del conocimiento relativo a los determinantes de los niveles de fecundidad en México. En: Beatriz, Figueroa. (Edt). *La fecundidad en México: cambios y Perspectivas*. México. El Colegio de México, pp. 219-247.
- García, Brígida.** (1983). Anticoncepción en el México Rural, 1969. En: Raúl Benítez y Julieta Quilodrán (Comps). *La fecundidad rural en México*, El Colegio de México/UNAM. pp. 225-295.
- y Orlandina de Oliveira. (1989). Reflexiones teórico-metodológicas sobre el estudio de las relaciones entre el trabajo de la mujer y la fecundidad en la ciudad de México. En: B. García (Coaut). *Investigación Demográfica en México*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp 277-293.
- Gendell, Murray.** (1989). Stalls in the Fertility Decline in Costa Rica and South Korea. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 15, No. 1, pp 15-21.
- Germani, Gino.** (1969). Sociología de la modernización. Buenos Aires Paidós.

- Germain, Adrienne.** (1975). Status and roll of women as factors in fertility behavior. *Studies in family Planning*, Vol. 6, No. 7, pp. 192-200.
- Glezen, W. y M. Alpers.** (1999). Maternal Immunization. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 28, No. 2, pp. 219–224. Infectious Diseases Society of America.
- Gómez, Elsa.** (1981). La formación de la Familia y la Participación Laboral Femenina en Colombia. Centro Latinoamericano de Demografía, Serie D. No. 105. Santiago de Chile.
- Gómez, Hernando y Rodrigo, Losada.** (1984). Organización y Conflicto: La educación primaria oficial en Colombia. International Development Research Center (CIID), Bogotá.
- González, Fernán E.** (1993). El Concordato De 1887. Los antecedentes, las negociaciones y el contenido del Tratado con la Santa Sede. *Revista Credencial Historia*. Edición 41.
- Gougain, Catalina.** (1979). Influencia de la escolaridad sobre la fecundidad en los medios rural y semiurbano de México. En: Benítez, Raúl y Julieta Quilodrán (Comps.). *La fecundidad Rural en México*, México, El Colegio de México/UNAM. pp. 315-379
- Graff, H. J.** (1979). Literacy, Education and Fertility, Past and Present : A Critical Review. *Population and Development Review*, Vol. 5, No. 1, pp. 105-140.
- Greenstein, Theodore.** (1990). Gender Ideology, Marital Disruption and the Employment of Married Women. *Journal of Marriage and the Family*, No. 52, pp. 31-42.
- Griffith, Finney** (1977). Estimación de parámetros demográficos a partir de información Censal y de Registros. CELADE, Santiago de Chile.
- Grindstaff, Carl.** (1984). The Fertility of Women Over 30 Years of Age, Canada in the 1970s and Early 1980s. *Canadian Studies in Population*, Vol. 11, No. 2, pp.95-109.
- Grummer-Strawn, L.M., Stupp, P.W., y Mei, Z.** (1998). Effect of Child's Death on Birth Spacing: A Cross National Analysis. In Mark Montgomery y Barney Cohen, eds., *From Death to Birth: Mortality Decline and Reproductive Change*. National Academy Press. pp. 39-73. Washington.
- Guzmán, José Miguel.** (1976). Evaluación de la historia de nacimientos en la Encuesta Nacional de Fecundidad. CELADE, Costa Rica.
- ; S. Singh; G. Rodríguez y E. Pantelides. (1996). *The Fertility Transition in Latin America*. Claredon Press. Oxford.
- Gyepi-Garbrah, B.** (1985). Adolescent Fertility in sub-Sahara Africa. Chestnut Hill, MA: The Pathfinder Fund.
- Haskey, J.** (1998). Families: their historical context, and recent trends in the factors influencing their formation and dissolution. In: David, M. (Edt.). *The Fragmenting Family: Does it matter?* Institute of Economic Affairs, London.
- Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. S. y Shelton, J. D.** (2002). *Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva*. Programa de Información en Población, Facultad de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore.
- Haughton, Jonathan.** (1997). Falling fertility in Vietnam, *Population Studies*, Vol. 51 No. 2 pp. 203-211
- Hayase, Yasuko.** (1994). A comparative Analysis of Women's, Education and Fertility. En: *Fertility in the developing countries. A comparative study of the Demographic and Health Surveys*. Edited by Shigemi Kono y Yasuko Hayase. Statistical Data Series, No. 66. 310 pp. Institute of Developing Economies Tokyo, Japan.
- Heaton, Tim B. y Renata Forste.** (1998). Education as Policy: The Impact of Education on Marriage, Contraception, and Fertility in Colombia, Peru, and Bolivia. *Social Biology*, Vol. 45, Nos. 3-4, pp.194-213.
- Heiland, Frank, Alexia Prskwetz y Warren C. Sanderson.** (2005). Do the More-Educated Prefer Smaller Families?. Center for Demography and Population Health. Florida State University.
- Hernández, Alberto y Carmen, Florez.** (1979). Tendencias y Diferenciales de la fecundidad en Colombia. Corporación Centro Regional de Población. Monografía, No. 15. Bogotá.
- Hicks, Whitney.** (1974). Economic Development and fertility Change in Mexico, 1950-1990. *Demography*, Vol. 11, No. 3, pp.407-422.

- Hill A.G. (1990).** Understanding recent fertility trends in the third World. In: Landers. J. Reynolds, V. (Eds) Fertility and resources. Pp. 146-163. Cambridge University Press.
- Hill M. A. y E. M. King. (1993).** Women's education in developing countries: An overview: En: E.M. King y M. A. Hill. (Eds). Women's education in developing Countries: Barriers, Benefits and Policies. The Johns Hopkins University Press. Pp. 1-49
- Higgins, Matthew y Jeffrey G. Williamson. (1997).** Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital. *Population and Development Review*, Vol. 23, No. 2, pp 261-293.
- Hobcraft, J. (1980).** Illustrative Analysis: Evaluating Fertility Levels and Trends in Colombia. WFS. Scientific reports No. 15. International Statistical Institute. Voorburg. Netherlands.
- ; Jane Menken, y Samuel Preston. (1982) Age, Period, and Cohort Effects in Demography: A review. *Population Index*, Vol. 48, No. 1, pp. 4-43.
- y R.J.A. Little. (1984). Fertility exposure analysis: A new method for assessing the contribution of proximate determinants to fertility differentials. *Population Studies*, Vol. 38, No. 1. pp.21-45.
- ; J.W. McDonald y S.O. Rutstein. (1984). Socio-economic Factors in Infant and Child Mortality: A cross-National Comparison. *Population Studies*, Vol. 38, No. 2, pp. 193-223.
- ; J., McDonald y S. Rutstein. (1985). Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis. *Population Studies*, Vol. 39, No. 3, pp. 363-385.
- (1993). Women's education, child welfare and child survival: a review of the evidence. *Health transition review*, Vol. 3, No. 2, pp. 159-173.
- Holdsworth, Clare y A. Dale. (1998).** Working Mothers in Great Britain and Spain: A preliminary Analysis. Occasional Paper No. 14. The Cathie Marsh Centre for Census and Survey Research. Faculty of Economics. University of Manchester.
- Hollerbach, Paula. (1983).** Fertility Decision-Making Processes: A critical Essay. In: Bulatao, Rodolfo A.; Ronald D. Lee; Paula Hollerbach y John Bongaarts. (Edits.). Determinants of Fertility in Developing Countries. Studies in Population. Academic Press. New York. Vol. 2, pp. 340-380.
- Hommes, Regina. (1978).** The measurement of the status of women. In: Niphuis-Nel, Marry. (Edt.). Demographic aspects of the changing status of women in Europe. Proceedings of the Second European Population Seminar. London. pp. 23-32.
- Houle, Rene; C. Simó; R. Treviño y M. Solsona. (1998).** Los determinantes sociodemográficos y familiares de las rupturas de uniones en España. Comunicació presentada el III Seminari Urbà. Divorcialidad y Disolución de Hogar: Causas y Efectos. Centre de Cultura Contemporània. Barcelona. Paper de demografia. Centre d'Estudis Demogràfics. No. 142.
- Huffman, Sandra L., Kathleen Ford, Hubert A. Allen, y Peter Streble. (1987).** Nutrition and fertility in Bangladesh: Breastfeeding and postpartum amenorrhea. *Population Studies*, Vol. 41, No. 3, pp. 447-462.
- International Union for the Scientific Study of Population. (1972).** Conferencia Regional Latinoamericana de Población. Actas I. El Colegio de México.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), Estadísticas de la Educación Superior, Resúmenes anuales, 1985, 1993, 1997, 1998 y 1999.**
- Estadísticas de la educación superior, 1998-1999. Bogotá.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2001).** Social. Salud Reproductiva en el IMSS. Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2004).** Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística, Vol 2. Madrid.
- Instituto de Estadística, Geografía E Informática, VIII y IX Censos Generales de Población 1960-1970, y X, XI. XII Censos Generales de Población y Vivienda, 1980-2000.**
- (1999). Estadísticas Históricas de México. Tomo I y II. México.
- ; CONAPO y CELADE (1983). México: Estimaciones y proyecciones de la población, 1950-2000.
- (1992). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Metodología y Resultados.
- (1996). Censo Nacional de Población y Vivienda, 1995. México
- (1997). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Metodología y Resultados.

- (2001). Mujeres y Hombres en México.
- Jain, Anrudh K.** (1981). The effect of female education on fertility: a simple explanation. *Demography*, Vol. 18, No. 4, pp. 577-595.
- Jatrana, Santosh.** (1999). Determinants of Infant Mortality in a Backward Region of North India: Are Socioeconomic or Demographic Factors Dominant?. Working Papers in Demography No. 82. Demography Program Research School of Social Sciences. The Australian University.
- Jeffery, Roger y Alaka M. Basu.** (1996). Schooling as contraception?. En: Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia. Edited by Roger Jeffery y Alaka M. Basu. Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 15-47.
- Jeffery, Patricia y Roger Jeffery.** (1996). What's the benefit of being educated?. Girl's schooling, women's autonomy and fertility outcomes in bijnor. En: Girls' Schooling Women's autonomy and fertility change in south Asia. Edited by Roger Jeffery y Alaka M. Basu. Sage publications. New Delhi/Thousand Oask/London in association with the book review literary Trust. New Delhi. pp. 150-183.
- Jejeebhoy, S. J.** (1991). Women's status and fertility: Successive Cross- sectional evidence from Tamil Nadu, India, 1970-1980. *Studies in family planning*, Vol. 22, No. 4, pp. 217-230.
- (1995). Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behavior: Experience from Developing countries. Oxford: Clarendon Press.
- Johnson, N. E., y A.J.M. Sufian.** (1992). Effect of son mortality on contraceptive practice in Bangladesh. *Journal of Biosocial Sciences*, Vol. 24, No. 1, pp. 9-16.
- Jones, Gavin.** (1978). Social Science Research on Population and Development in South-East and East Asia: A Review and A Search for Directions. International Review Group of Social Science Research on Population and Development Appendix 3 to the Final Report, El Colegio de México.
- Jones, Robert y Alberto Palloni.** (1990). Effects of infant mortality and weaning on the onset of postpartum menstruation: hazard model analysis. Working Paper 90-06, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison.
- Juárez, Fátima.** (1989). Grupos sociales y Fecundidad. En: Grupos Sociales y Reproducción en México. Informe de Investigación. El Colegio de México.
- (1990). La fecundidad en las encuestas: alcances y limitaciones de la información. Ponencia presentada en el Seminario de Análisis del Censo de 1990. UNFPA, UNAM, INEGI, México.
- (1990) Julieta Quilodrán. Mujeres Pioneras del Cambio Reproductivo en México. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. LII, Núm. 1, pp. 33-50. IISUNAM.
- Kassarda, John.** (1971). Economic structure and Fertility; A Comparative Analysis. *Demography*, Vol. 8, No. 3, pp. 307-317.
- (1979). How female education reduces fertility : models and needed research. *Mid-American Review of Sociology*, Vol. 4, No.1, pp. 1-22
- ; D. John O. G. Billy, y Kirssten West, EDS. (1986). Status Enhancement and Fertility: Representative Responses to Social Mobility and Educational Opportunity. New York. Academic Press.
- Kerckhoff, Alan C. y Alan A. Parrow.** (1979). The Effect of Early Marriage on the Educational Attainment of Young Men. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, No.1, pp 97-107.
- Kiernan, Kathleen.** (2000). European perspectives on union formation. In: Waite, L.; C. Bachrach; M., Hindin; E., Thompson y A., Thornton. (Eds.). The Ties that Bind: perspectives on marriage and cohabitation. Aldine and Gruyter, New York. pp. 40-88.
- King, E. M. y A. M. Hill.** (Eds). (1993). Women's Education in Developing Countries: barriers, benefits and policies. Published for the World Banc by The Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Kiser, Clyde V.** (Ed.) (1962). Research in Family Planning. Princeton University Press. Princeton.

- Kishor, Sunita y Katherine Neitzel.** (1996). The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 21. Calverton.
- Kitagawa, E. M.** (1955). Components of a difference between two rates". Journal of the American Statistical Association. Vol. 50, No. 272. pp 1168-1194.
- Knodel, John y Visid, Prachuabmoh.** (1973). Desired family size in Taiwan: Are the responses meaningful?. *Demography*, Vol. 10, No. 4, pp. 619-637.
- Knodel, John.** (1978). European Population in the past: Family-level relations. In: Preston, S. H. (ed.). The effects of infant and Child Mortality on Fertility. New York: Academic Press. pp. 21-45.
- ; Aphichat Chamratrithrong y Nibhon Debavalya. (1987). Thailand's Reproductive Revolution: Rapid Fertility Decline in a Third-World Setting. University of Wisconsin Press. Madison, Wisconsin.
- ; Napaporn, Chayovan y Carl, Frisen. (1988). Has Thailand's fertility decline stalled?. *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 3, No. 3, pp. 3-20 . Bangkok, Thailand.
- Kim, Tai-Hun.** (1988). Changing Determinants of Infant and Child Mortality: on the basis of the Korean experience, 1955-73. *Journal of Biosocial Sciences*, vol. 20, No. 3, pp. 345-355.
- Kritz, Mary y Douglas, T. Gurak.** (1989). Women's Status, Education and Family formation in Sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 15, No. 3, pp. 100-105.
- Lagunes Alarcón Fidel Filemón.** (sf) . La Evolución de la Educación en México como Proceso Social. *Revista electrónica de la Universidad Abierta*.
- Lailson, José Homero.** (1980). Análisis de la estructura de la fecundidad en México 1975-1976. *Revista de Estadística y Geografía*, No 4.
- Lasee, Ashraf. y Stan, Becker.** (1997). Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 23, No. 1, pp. 15-20.
- Lee, Ronald D. y Rodolfo Bulatao.** (1983). The Demand for Children: A Critical Essay. In: Bulatao, Rodolfo; Ronald D. Lee; Paula E. Hollerbach y John Bongaarts, (Eds.). Determinants of Fertility in Developing Countries. Volume 1, Supply and Demand for Children. New York: Academic Press, pp. 233-287.
- Leibenstein, H.** (1974). An Interpretation of the Economic Theory of Fertility: Promising Path or Blind Alley. *Journal of Economic Literature*, Vol. 12, No. 2, pp. 457-479.
- Lerner, Susana y A. Quesnel.** (1980). La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica: El caso de la zona henequenera (VII reunión del Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Reproducción de la Población, comisión de Población y Desarrollo, CLACSO, México.
- Lesthaeghe, Ron.** (1971). Nuptiality and Population Growth. *Population Studies*, Vol. 25, No. 4, pp. 415-432.
- (1980). On the Social Control of Human Reproduction. *Population and Development Review*, Vol. 6 No. 4, pp. 527-548.
- y Johan Surkyn. (1988). Cultural Dynamics and Economic Theories of Fertility Change. *Population and Development Review*, Vol. 14, No. 1, pp. 1-45.
- ; Verleye, G., y Jolly, C. (1992). Female Education and factors Affecting Fertility in Subhararan Africa. In: National Research Council: Factors affecting Contraceptive Use in sub-Saharan Africa, National Academy Press, 1993, Washington DC. pp. 170-211.
- (1995). The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. In Mason, Karen y Jensen, A.M. (eds.). Gender and Family Changes in Industrialized Countries. Oxford: Clarendon Press. pp. 17-62.
- Le Vine, R. A.** (1980). Influence of women's schooling on maternal behavior in the Third World. *Comparative Education Review*, Vol. 24, No. 2, pp. 578-5104.
- y White, M. (1986). Human Conditions: The Cultural Basis of Educational Development. London: Routledge y Kegan Paul. New York.

- ; Sarah E., Levine; Amy, Richman; F. Medardo Tapia Uribe; Clara, Sunderland Correa and Patrice, M. Miller. (1991). Women's Schooling and Child Care in the Demographic Transition: A Mexican Case Study. *Population and Development Review*, Vol. 17, No. 3, pp. 459-496.
- Lewin, Bo.** (1982). Unmarried cohabitation: a marriage form in a changing society. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 44, No. 3, pp. 763-773.
- Lightbourne, R.E. y Macdonald, A.L.** (1982). Family size preference. *World Fertility Survey Comparative Studies*, No. 14.
- Lilliard, Lee; Michael, Brien y Waite, L.** (1995). Pre-marital cohabitation and subsequent marital dissolution: A Matter of Self-Selection?. *Demography*, Vol. 32, No. 3, pp. 437-457.
- López Juárez, Alfonso y Agustín Porras.** (1996). Sociedad Civil Organizada y Planificación Familiar. Aportaciones en Calidad y Cobertura. El Caso de MEXFAM en el Periodo 1987-1992. *Carta Sobre Población*. Año 3, No. 14, Junio. Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población.
- López, Toro, Alvaro.** (1968). Análisis Demográfico de los Censos Colombianos 1951-1964. Bogotá: CEDE, ediciones Universidad de los Andes.
- Lowe, C. V.** (1977). Health Implications of Adolescent Pregnancy. In *Adolescent Fertility: The Proceedings of an International Conference*. Donald J. Bogue (eds). Community and Family Study Center, University of Chicago.
- Llera, Silvia.** (1990). La practica anticonceptiva en México: dos quinquenios, dos patrones diferentes (1976-1977 a 1987). *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 5, No. 3, pp. 535-567. México.
- Lloyd, Cynthia y Serguey Ivanov.** (1988). The effects of improved child survival on family planning practice and fertility. *Studies in Family Planning*, Vol. 19, No. 3, pp. 141-161.
- ; Carol, Kaufman, y Paul, Hewett. (1999). The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility Change: Working paper No. 127. Population Council. New York.
- Malhi, Prahbjot; Gayatri Raina; Dalip Malhotra y Jagat Jerath.** (1999). Preferences for the Sex of Children and its Implications for Reproductive Behaviour in Urban Himachal Pradesh. *The Journal of Family Welfare*, Vol. 45, No. 1, pp. 23-30.
- Mahon, E.** (1995). Contratos de Género y Políticas de Cohesión Social. *Política y Sociedad*, Vol. 19, pp. 61-74.
- Mahmood Naushin y Karin Ringheim.** (1997). Knowledge, Approval and Communication About Family Planning as Correlates of Desired Fertility Among Spouses in Pakistan. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 23, No. 3, pp. 122-129.
- Manrique de Llinás, H.** (1983). Descenso de la fecundidad en Colombia: expresión de un profundo cambio social. *Revista de Planeación y Desarrollo*, Vol. 15, No. 2, pp. 98-105.
- Marini, Margaret.** (1978). The transition to adulthood: Sex differences in educational attainment and age at marriage. *American Sociological Review*, Vol. 43, No. 4, pp. 483-507.
- (1984). Women's educational attainment and the timing of entry into parenthood. *American Sociological Review*, vol. 49, No. 4, pp. 491-511.
- Marshall, Wa.** (1974). Interrelationships of skeletal maturation, sexual development and somatic growth in man. *Annals of human Biology*, Vol.1, No. 1, pp. 29-40.
- e Ivonne, De Limongi. (1976). Skeletal maturity and the prediction of age at menarche. *Annals of human Biology*, Vol.3, No. 3, pp. 235-243.
- Martínez, B., Alberto.** (1984). Escuela para el aprendizaje o enseñanza para el pensamiento?. *Revista Educación y Cultura*, No.13, CIUP, Bogotá.
- Martínez Manautou, Jorge.** (1986). Planificación familiar, población y salud en el México rural. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- (1994) Sucedió en México: la saga de los anticonceptivos hormonales y del programa nacional de planificación familiar. Jorge Martínez Manautou (Ed.). México. D. F.
- Mason, Karen-Oppenheim y V. T. Palan.** (1981). Female Employment and Fertility in Peninsular Malaysia: The Maternal Role Incompatibility Hypothesis Reconsiders. *Demography*, Vol. 18, No. 4, pp. 549-575.

- (1983). The status of women fertility and mortality : A reviews of interrelationships. Paper prepared for the Population Sciences Division. The Rockefeller Foundation, New York.
- (1984). The status of Women: A Review of its relationships to Fertility and Mortality. The Rockefeller Foundation. New York.
- (1984). Female Employment and Fertility in Peninsular Malaysia: The Maternal Role Incompatibility Reconsiders. *Demography*, Vol. 18, No. 4, pp. 549-575.
- (1986). The status of the women: conceptual and Methodological Issues in Demographic studies. *Sociological forum*, Vol. 1, No. 2, pp. 284-300.
- (1987). The Impact of Women's Social Position on Fertility in Developing Countries. *Sociological Forum*, Vol. 2, No. 4. Special Issue: Demography as an Interdiscipline. pp. 718-745
- y Anju M. Taj. (1987). Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries. *Population and Development Review*, Vol. 13, No. 4, pp. 611-683.
- (1988). The impact of women's position on demographic change during the course of development: What do we know? Paper presented at the IUSSP Conference on Women's Position and demographic Change in the Course of Development. Oslo.
- (1993). The Impact of Women's Position on Demographic Change during the Course of Development: What Do We know?. In: Federici, Nora; Karen, Mason y Solvi, Sogner, (Edts). Women's Position and Demographic Change. Oxford, Clarendon Press. pp. 19-42.
- y An-Magritt, Jensen. (1995). Gender and Family Changes in Industrialized Countries. Introducción. pp. 1-14. Oxford: Clarendon Press.
- (1996). La potenciación de la mujer y el cambio demográfico: que sabemos?. Publicación especial del: Population Program East-West Center. Hawaii, Honolulu.
- y Herbert L. Smith. (1999). Female Autonomy and fertility in Five Asian Countries. Paper presented at the annual meeting of the population Association of America. National Institute of child Health and Human Development to the East-West Center and the University of Pennsylvania.
- McClelland, Gary.** (1979). Determining the impact of sex preferences on fertility: A consideration of parity progression ratio, dominance and stopping rule measures. *Demography*, Vol.16, No. 3, pp. 377-388.
- (1983). Family size desires as measures of demand. In: Bulatao, Rodolfo y Ronald D. Lee (eds.), Determinants of Fertility in Developing Countries. Supply and Demand for Children. Vol. 1, pp. 288-343. Academic Press. New York.
- Mcnicoll Geoffrey.** (1980). Institutional Determinants of Fertility Change. *Population and Development Review*, Vol. 6, No.3, pp. 441-462.
- Menken, J.** (1984). Estimating proximate determinants: a discussion of three methods proposed by Bongaarts, Hobcraft and Little, and Gaslonde and Carrasco. Paper presented at the Seminar on Integrating Proximate Determinants into the Analysis of Fertility Levels and Trends (IUSSP and WFS), London. (Citado en Moreno, L. (1991) An Alternative Model of the Impact of the Proximate Determinants of Fertility Change: Evidence from Latin America. *Population Studies*, Vol. 45, No. 2, pp. 313-337
- Mensch, Barbara.** (1985). The effect of child mortality on contraceptive use in Colombia, Costa Rica and Korea. *Population Studies*, Vol. 39, No. 2, pp. 309-327.
- Michael, Robert.** (1973). Education and the Derived Demand for children. *Journal of Political economy*, Vol. 8. No. 2. Supplement, S128-S164.
- Mier y Terán, Marta.** (1982). Evolution de la Population Mexicaine a partir des donnees des recensements: 1895-1970. (Tesis doctoral), Faculté des Etudes Supérieures, Universidad de Montreal, Canadá.
- (1989). La fecundidad en México: 1940-1980. Estimaciones derivadas del registro civil y de los censos. En Figueroa, B. (comp.) La fecundidad en México: cambios y perspectivas. CEDDU, El Colegio de México, México. pp. 19-62
- Miñana Blasco, Carlos.** (2000). Interdisciplinarietà y currículo. Un estado del Arte. En: Interdisciplinarietà y currículo: Construcción de Proyectos escuela-universidad. Memorias del

- V Seminario Internacional Bogotá.. Universidad Nacional de Colombia Programa de Fortalecimiento de la Capacidad Científica en la Educación Básica y Media. pp. 1-49.
- (2002). Producción y Circulación del Conocimiento en el campo de la Política Educativa y la Gestión en América Latina. Universidad Nacional de Colombia Programa RED.
- Ministerio de Educación Nacional.** (1963). Decretos 1955 y 1710 de 1963. Bogotá.
- Oficina Asesora De Planeación (2000). Perfiles estadísticos, información por departamento, capital y total Colombia. (Alumnos, docentes, establecimientos y coberturas). Bogotá.
- Miro, Carmen.** (1968). aspectos Demográficos de América Latina. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Serie A.88.
- Mhloyi, Marvellous.** (1992). Changing factors affecting fertility decision in Africa. Third African Population Conference, Meeting of Experts, Dakar 7-10 December. UN and ECA, POP/APC. 3/92/Inf.6.
- Moreno, L.** (1991) An Alternative Model of the Impact of the Proximate Determinants of Fertility Change: Evidence from Latin America. *Population Studies*, Vol. 45, No. 2, pp. 313-337
- y Susheela Singh. (1996). Fertility Decline and Changes in Proximate determinants in the Latin American and Caribbean Regions. En: Guzmán J.; S. Singh; G. Rodríguez y E. Pantelides. *The Fertility Transition in Latin America*. Claredon Press. Oxford. Pp. 113-134.
- Mortara, Giorgio.** (1948). Determinacao da Fecundidade Femenina Segundo a Idade Conforme o Censo de 1940, e aplicacoes ao calculo da Taxa de Natalidade, de Tábua de Fecundidade e do Coeficiente de Reproducao, para la Populacao do Brasil. *Revista Brasileira de Estadística*, Año VIII, 30/31, Río de Janeiro, Brasil.
- Mott, Frank y D. Shapiro.** (1983). Complementarity of work and fertility among young American mothers. *Population studies*, Vol. 37, No. 2, pp. 239-252.
- Mwateba, R., J.M. Paxman y D.C. Weil.** (1988). Confronting and the Consequences of Schoolgirl Pregnancy in Tanzania: Lessons from the Multidisciplinary Approach of Dar es Salaam Youth Centre. Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association. pp 13-17.
- Naciones Unidas.** (1973). Medidas, Políticas y Programas que afectan a la fecundidad, con especial referencia a los programas nacionales de planificación de la familia. *Estudios Demográficos*, No. 51. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. ST/SOA/SER.A/51. Naciones Unidas, Nueva York.
- (1986). Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica. *Estudios de Población* No.81, Nueva York.
- Namoodiri, Krishnan y L. Wei,** (1998). Fertility Theories and Their implications regarding how low can low fertility be. *GENUS*, Vol. LIV, No.1-2, pp. 37-55.
- Neal, Arthur; H. Theodore, Groat y Jerry, Wicks.** (1989). Attitudes about having children: A study of 600 couples in the early years of marriage. *Journal of marriage and the family*, Vol. 51, No. 2. pp. 313-327.
- Netter, Albert y Henry, Rozenbaum.** (1985). Histoire illustrée de la contraception : De l'antiquité a nos jours. Les Editions R. Dacosta. Paris.
- Njogu, Wamucii.** (1991). Trends and Determinants of contraceptive Use in Kenya. *Demography*, Vol. 28, No. 1, pp. 83-89.
- Notestein, F. W.** (1945). Population: the long view. In T.W. Schultz (ed.). *Food for the World*. University of Chicago Press, pp.36-57.
- Núñez, Leopoldo y Doroteo Mendoza.** (1982). Tendencias de la fecundidad a nivel nacional 1970-1979. En: Jorge Martínez M.(Ed.): *La Revolución Demográfica en México 1970-1990*, IMSS.
- (1989). México: Las encuestas nacionales en la estimación de los niveles de la fecundidad. Ponencia presentada en el Seminario La Fecundidad en México: Cambios y Perspectivas, CEDDU, El Colegio de México.
- Nur, Osman. E. M.** (1985). An analysis of the child survival hypothesis in Jordan. *Studies in Family Planning*, Vol. 16, No. 4, pp. 211-218.

- Ochoa, Luis Hernando y Miryam Ordóñez.** (1980). La transición de la fecundidad en Colombia en el periodo 1968-1978. Bogotá: Corporación Centro Regional de Población.
- (1981). Patrones del descenso de la fecundidad en América Latina con especial referencia a Colombia. En estudios de población (ACEP), Vol. III. Bogotá.
- y Paul Richardson (1982). Fecundidad y anticoncepción en Colombia: Determinantes e implicaciones. CCRP, Population Council. Ensayos sobre población y Desarrollo. No. 4. Bogotá.
- (1982). Implicaciones socioeconómicas y demográficas del descenso de la fecundidad en Colombia. Monografía No. 18. Corporación Centro Regional de Población, Bogotá.
- Oliveira, O.** (1995). Experiencias matrimoniales en México: La importancia de la familia de origen. *Estudios Sociológicos*, No. 13, pp. 283-308.
- Oppong, Christine.** (1983). Women's Roles, Opportunity costs and Fertility. In: Bulatao, Rodolfo A. y Ronald Lee. (Eds.). *Determinants of Fertility in Developing countries*, Vol. 1, Supply and demand for children. New York: Academic Press. pp. 344-68.
- Ordóñez Gómez, Miryam.** (1990). La fecundidad en Colombia 1985: niveles, diferenciales y determinantes. Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana; Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá.
- (1994). Adolescentes: sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud. PROFAMILIA-Instituto de Seguro Social.
- (1994). La Dinámica Anticonceptiva en Colombia: Discontinuación del Uso de Métodos Anticonceptivos, Cambio y Tasas de Falla de los Métodos. En: Seminario sobre la Dinámica Anticonceptiva en América Latina. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- y Leticia Jaramillo. (1993). La fecundidad en Colombia según el censo de 1993. Bogotá: DANE.
- Ordorica, Manuel y Joseph Potter.** (1981). Evaluation of the Mexican Fertility Survey 1976-1977. EFS Scientific Reports No. 21, Voorburg, The Netherlands: WFS/ISI.
- (s.f.). Diagnóstico y pronóstico de la fecundidad. En: Jorge Martínez Manautou (Ed.): Población de México a fines del siglo XX. Metodología de las proyecciones. IMSS, México.
- Organización Mundial de la Salud.** (2001). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos No. 4.
- (2005). Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura.** (UNESCO). Anuario estadístico, 1991.
- Padez, C. y M. A. Rocha.** (2003). Age at menarche in Coimbra (Portugal) Scholl girls: a note on the secular changes. *Annals of Human Biology*, Vol. 30, No. 5, pp. 622-632.
- Palloni, Alberto.** (1985). Health Conditions in Latin America and Policies for Mortality Change: In: Vallin, J. y A. Lopez (eds). *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*. Union for the Scientific Study of Population. pp. 465-492.
- y Hantamala Rafalimanana. (1999). The effects of infant mortality on fertility revisited: new evidence from Latin America. *Demography* Vol. 36, No. 1, pp. 41-58
- Palma Cabrera, Yolanda; Juan, Figueroa y Alejandro, Cervantes.** (1990). Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 52, No. 1, pp. 51-81. Mexico.
- y Gabriela Rivera. (1996). La planificación familiar en México. En: Langer, A. y K. Tolbert (Eds.) *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. Edamex/Population Council. Pp. 153-177.
- Parrado Emilio y Marta, Tienda.** (1996). Women's Roles and Family Formation in Venezuela: New Forms of Consensual Unions?. Population Research Center. The University of Chicago.
- Paz, Gómez Leonor.** (1992). Estimaciones de la fecundidad con información censal y de estadísticas de nacimientos (mimeo).
- y Carlos Welti Chanes. (2003). Educación, mortalidad infantil y fecundidad, relaciones observables con la información censal en México. En: *Papeles de Población*, No. 41. pp. 60-105.

- Pebley, Anne y Noreen Goldman.** (1986). Legalization of Consensual Unions in Mexico. *Social Biology*, Vol. 33, No. 3-4, pp. 199-213.
- Pérez Gómez Ángel.** (1992). Las funciones sociales de la escuela: de la reproducción a la reconstrucción crítica del conocimiento. En: Gimeno y Pérez (edt). *Comprender y transformar la enseñanza*, Ediciones Morata. Madrid. pp. 17-33.
- Phillips, J.F. y J.A. Ross.** (1992). *Family Planning Programmes and Fertility*. Clarendon Press-Oxford, Oxford University Press, New York.
- Piarret, Clemente.** (1976). Evaluación del Subregistro de las Estadísticas Oficiales de Nacimientos y Defunciones. DANE, Bogotá.
- Pillet, Bernard.** (1980). Fertility Changes in the Early Decades of Rapid Socioeconomic Development: A Statistical Description of the Recent Mexican Experience (Tesis doctoral), Stanford University, Stanford.
- Pineda, Virginia.** (1999). La familia ayer y hoy. Inedito
- Pinnelli, A.** (1976). Marital Fertility and the changing status of women in Europe. In: Niphuis-Nel, Marry (Edt.). *Demographic aspects of the changing status of women in Europe*. Proceedings of the Second European Population Seminar. London. pp. 79-98.
- (1995). Women's Condition, Low Fertility, and Emerging Union Patterns in Europe. In: Mason, Karen y Jensen, A. M. (eds). *Gender and Family Change in Industrialized Countries*. Claredon Press. Oxford. pp. 82-101.
- Piotrowski, Jerzy.** (1976). Marriage and Marriage dissolution and the changing status of women: the case of Poland. In: Niphuis-Nell, Marry (edt.) *Demographic aspects of the changing status of women in Europe*. Proceedings of the Second European Population Seminar. London. pp. 49-64.
- Popenoe, David y Barbara Dafoe Whitehead.** (1999). Should We Live Together? What young adults need to know about Cohabitation before Marriage. The National Marriage Project, The Next Generation Series. Rutgers University, The State University of New Jersey.
- Potter, Joseph; Miryam Ordóñez y Anthony R. Measham.** (1976). The rapid decline en Colombian Fertility. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3-4, pp. 509-528.
- Potter, Joseph.** (1977). Problems in using birth history analysis to estimate trends in fertility. *Population Studies*, Vol.31, No.2, pp. 335-364.
- y Norma, Ojeda. (1984). El Impacto sobre la Fecundidad de la disolución de las primeras Uniones. En: *Los Factores del Cambio Demográfico en México Siglo XXI e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*. México D.F.
- Prada, Elena y Gabriel, Ojeda.** (1987). Selected findings from the Demographic and Health Survey in Colombia, 1986. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 13, No. 4, pp. 116-120.
- ; Susheela Singh y Deirdre Wulf. (1988). *Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana: Colombia*. The Alan guttmacher institute. New York.
- Presidencia de la República y Departamento Nacional de Planeación** (1998). Cambio para construir la paz. Plan Nacional de Desarrollo. Bases 1998-2002. Tercer Mundo Editores.
- Preston, Samuel.** (1978). *The Effect of Infant and Child Mortality on Fertility*. New York: Academic Press.
- (1986). Changing values and falling birth rates. In: Davis, Kingsley; Mikhail S. Bernstam; Rita Ricardo-Campbel (eds.). *Below replacent fertility in industrial Societies*. Cambridge, England Cambridge University. *Population and Development Review*, Supplement, Vol. 12, pp. 176-195.
- Pritchett, Lant H.** (1994). Desired fertility and the impact of population policies. *Population and Development Review*, Vol. 20, No. 1, pp. 1-55.
- Puig-Barberá, Joan.** (2004). Vacunas y embarazo (I): vacunas indicadas en las mujeres embarazadas. *Revista SERIES*, vol. 1, No. 33, pp. 38-43. Centro de Salud Pública de Castellón. España.
- Pullum, T.W.** (1983). Correlates of family size desires. In: Bulatao, Rodolfo A. R.D. Lee (eds.) *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Academic Press, New York.

- Quilodrán, Julieta.** (1983). **Algunas características de la fecundidad rural en México.** En: **Benitez, Raúl y Julieta Quilodrán** (Comps.). La Fecundidad Rural en México. El Colegio de México-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. Pp. 95-113.
- (1985). Modalités de la Formation et Evolution des Unions en Amerique Latine. International Population Conference, Vol. 3, Pp. 269-283. International Union for the Scientific Study of Population. Liège.
- (1990). Variaciones, Niveles y tendencias de la Nupcialidad. En: Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Vol. 2, pp. 401-403
- (1992). La Vida Conyugal en America Latina: Contrastes y Semejanzas. En: El Poblamiento de las Américas. Vol. 3. International Union for the Scientific Study of Population.
- (1993). Cambios y Permanencias de la Nupcialidad en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol 55, No. 1, Pp. 17-40.
- Quintero, Angela.** (1998). Ambientación de la Familia Finesecular. *Revista de Servicio Social*. Vol. 1, No. 1. Universidad de Concepción. Chile.
- Quisumbing, Agnes y Kelly Hallman.** (2003). Marriage in transition: Evidence on age, education and assets from six developing countries. Policy Research, Working paper No. 183. Population Council.
- Ramírez, Maria Teresa y Juana Patricia, Tellez.** (2006). La Educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX. Banco de la República, Borradores de Economía, # 379.
- Rao, K.V. y T.R. BalakrishnaN.** (1988). Age at First Birth in Canada: A Hazards Model Analysis. *GENUS*, Vol. 44, No. 1-2, pp 53-72.
- Reinis, Kia. I.** (1992). The Impact of the Proximate determinants of Fertility: Evaluating the Bongaart's and Hobcraft and Little Methods of Estimation. *Population Studies*, Vol. 46, No.2, pp. 309-326.
- Repetto, Robert.** (1974). The relationship of the Size Distribution of Income to Fertility and the Implications for Development Policy. In: King, Timothy (edt). Population Policies and Economic Development. World Bank. Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Restrepo Zea, Jairo.** (2005). Cobertura y acceso a los servicios de salud. Ámbito nacional y regional. Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Seguridad Social. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Económicas, Grupo de economía de la Salud (GES).
- Rico de Alonso Ana; J. Alonso; A. Castillo; A. Rodriguez y S. Castillo.** (1998). La familia colombiana en el fin de siglo. DANE, Serie Estudios Censales, Santafé de Bogotá.
- (1999). Formas, cambios y tendencias en la organización familiar en Colombia. *Nómadas*, No. 11, pp. 110-117. Santafe de Bogota.
- Ridley, Jeanne.** (1968). Demographic Change and the Roles and Status of Women. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 375, pp. 15-25.
- Riley, Ann P., Albert I. Hermalin y Luis Rosero-Bixby.** (1993). A new Look at the determinants of nonnumeric response to desired Family size: The case of Costa Rica. *Demography*. Vol. 30, No. 2, pp. 159-174.
- Rindfuss, Ronald, Larry, Bumpass y Craig St. John.** (1980). Education and fertility: Implications for the roles women occupy. *American Sociological Review*, vol. 45, No. 3, pp 431-447.
- y S. Philip Morgan. (1983). Marriage, sex and the First Birth Interval: The Quiet revolution in Asia. *Population and Development review*, Vol. 9, No. 2, pp. 259-278.
- ; S. Philip Morgan y Gray Swicegood. (1989). First Births in America: Changes in the Timing of parenthood. University of California Press. Berkeley.
- Ríos, Loyola, Maria y Maria, Quinteiro.** (1978). Estudo da actuacao das Instituicoes Sociais no processo de reproducao humana. Estudos de populacao III. CEBRAP, Sao Paulo.
- Rocher, G.** (1973). Introducción a la Sociología General. Editorial Herder. Barcelona.
- Rodríguez, Germán y John Cleland.** (1981). Socio-economic determinants of marital fertility in twenty countries: A multivariate analysis. In: World Fertility Survey Conference 1980. Record of the Proceedings, vol. 2. Voorburg, the Netherlands: International Statistical Institute, pp. 337-414.

- y Aravena. (1991). Socioeconomic Factors and the Transition to Low Fertility in Less Developed Countries: A Comparative Analysis, Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Vol. I, IRD/Macro International, Columbia. pp. 39-72
- Rojas, María, C.** (1982). Análisis de una experiencia: La Misión Pedagógica Alemana. *Revista colombiana de Educación*, No. 10, pp. 3-41, Bogotá.
- Rosero, Bixby, L.** (1978). Nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo en Costa Rica. *Notas de Población*, Vol.6, No. 17, pp. 33-62. Santiago de Chile.
- (1996). Nuptiality Trends and Fertility Transition in Latin America. In: Guzmán, José Miguel; Susheela Singh; Germán Rodríguez y Edith A. Pantelides. (Edts). *The Fertility Transition in Latin America*. Oxford, Clarendon. pp. 135-150.
- Rosenzweig, Mark y Paul, Schultz.** (1982). Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects. *Health Policy and Education*. Elsevier Scientific Publishing Company. Amsterdam. Vol. 2. pp. 305-348.
- Ross J.L., J. Blangero, M. Goldstein and Schuler.** (1986) Proximate determinants of fertility in the KathMan du Valley, Nepal an Anthropological Case Study. *Journal of Biosocial Science*. Vol. 18 No. 2 pp. 179-196.
- Rossetti, Josefina.** (1993). Hacia un perfil de la familia actual en Latinoamérica y el Caribe. En: Cambios en el Perfil de las familias: la experiencia regional. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), Naciones Unidas. Santiago de Chile. pp. 17-65.
- Rowe, Patricia.** (1979). Country Demographic Profiles, 14. "México". Bureau of the Census, Washington, D.C.
- ; Peter Way y Eduardo Arriaga. (1980). Fertility and socioeconomic changes in Brasil, Colombia and México. Population association of America Meeting. Denver.
- Rubin, Jane.** (1989). Los Determinantes Socioeconómicos de la Fecundidad en México: Cambios y Perspectivas, en: Figueroa, Beatriz. (Comp.). *La Fecundidad en México: cambios y perspectivas*. El Colegio de México. pp. 249-315.
- Ruiz, Magda.** (2002). La regulación de la fecundidad: un estudio demográfico de la anticoncepción, la esterilización, el aborto y el tratamiento de la esterilidad en España. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rutenberg, N.** (1991). Knowledge and Use of Contraception. Demographic and health Surveys comparative Studies No. 6. Colombia; Maryland IRD/Macro International.
- Ryder, Norman y C.F. Westoff** (1971). *Reproduction in the United States, 1965*. Princeton: Princeton University Press.
- (1979). The future of american fertility. *Social problems*, Vol. 26, No. 3, pp. 359-370.
- Safilios-Rothschild, Constantina.** (1985). The status of women and fertility in the Third World in the 1970-1980 decade. Working Papers, No. 118. Population Council, Center for Policy Study. New York.
- Sah, Raaj.** (1991). The effects of child mortality changes on fertility choice and parental welfare. *Journal of political Economy*, Vol. 99, No.3, pp. 582-606. University of Chicago.
- Salway S.** (1994). How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 20, No. 2. pp. 40-47.
- Santow, Gigi y M.D. Bracher.** (1984). Child death and time to the next birth in Central Java. *Population studies*, Vol. 38, No. 2, pp. 241-253.
- Schultz, T. P.** (1984). Studying the impact of household economic and community variables on child mortality. *Population and Development Review*, supplement: Child Survival: strategies for research, Vol. 10, pp. 215-235.
- Secretaría de Educación Pública.** Estadísticas Básicas del Sistema Educativo Nacional. Inicio de Cursos, 1976-77 – 1988-89. México.
- Estadísticas Básicas del Sistema educativo Nacional. Inicio de Cursos, 1987-88; 1998-99. México.

- ; Instituto Mexicano de la Juventud y Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. (2002). Encuesta nacional de Juventud 2000 (ENJ), (resultados Generales). México, D.F.
- Secretaría de Programación y Presupuesto.** (1979). Encuesta Mexicana de Fecundidad. Primer Informe Nacional. Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, T.I.
- Selby, Henry. A.** (1989). The Mexican Household and the crisis. Mexican Center, Institute of Latinoamerica Studies. University of Texas. Austin.
- Sharan Mona y Thomas W. Valente.** (2002). Spousal Communication and Family Planning Adoption: effects of Radio Drama Serial in Nepal. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 28, No. 1, pp 16-25.
- Simmons, Alan y Johanna, Noordan.** (1977). Education and contraceptive Knowledge in rural Areas of Four Latin American Nations. *Canadian studies in population*, Vol.4, pp. 1-15.
- ; Arthur, Doming y Miguel, Villa. (1983). El contexto Social del Cambio de la Fecundidad en América Latina: Aspectos Metodológicos y Resultados Empíricos. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Sing, Susheela, J.B. Casterline, J.G. Cleland.** (1985) The Proximate determinants of fertility: Sub-national variations. *Populations studies*. Vol. 39, No. 1 pp. 113-135.
- y D. Wulf. (1991). Today's Adolescents, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Smock, A. C.** (1981). Women's education in Developing countries: Opportunities and Outcomes. Praeger Special Studies in Comparative Education. New York.
- Solsona, Montserrat.** (1996). La Segunda Transición Demográfica desde la perspectiva de género. En: Desigualdades de género en los viejos y nuevos hogares. M. Solsona (Ed). Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. pp. 17-46.
- Speizer, I.S.** (1999). Are husbands a barrier to women's family planning use? The case of Morocco. *Sociological Biology*, Vol. 46, No. (1-2). Pp. 1-16.
- Stephenson, Rob y Hennink, Monique** (2004) Barriers to family planning services amongst the urban poor in Pakistan. *Asia Pacific Population Journal*, Vol. 19, No. 2. pp. 5-26.
- Stewart, K. y A.E. Sommerfelt.** (1991). Utilization of maternity care services: A comparative study using DHS data. in Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington D.C., Vol. III, pp.1645-1668. Columbia, Maryland: IRD/Macro International Inc.
- Stover John.** (1998). Revising the proximate Determinants of fertility Framework: What Have We Learned in the past 20 Years?. *Studies in family planning*, Vol. 29 No. 3, pp. 255-267.
- Studies In Family Planning.** (1997). Colombia 1995: Results from the Demographic and Health Survey. Vol. 28 No. 1, pp. 67-71.
- Stycos, J. Mayone.** (1968). Human Fertility in Latin America. Cornell University Press. Ithaca.
- Subbarao K. y Laura Raney.** (1991). Social Gains from female education: A cross-National study, The World Bank, Policy Research Working Papers, No. 194. Women in Development. The World Bank, Population and Human Resource Department. Washington D. C.
- Thomson, E. Y. Brandreth.** (1995). Measuring Fertility Demand. *Demography*, Vol. 32, No. 1, pp. 81-96.
- Tienda, Marta.** (1984). Community Characteristics, Women's education and fertility in Perú. *Studies in Family Planning*. Vol. 15, No. 4, pp. 162-169.
- Torres, Carlos Alberto.** (2000). Grandezas y Miserias de La Educación Latinoamericana del Siglo Veinte. Latin American Center. University of California, Los Ángeles (UCLA).
- Torres Septién, Valentina.** (1997). La educación privada en México, 1903-1976. El Colegio de México-Universidad Iberoamericana.
- Trussell, James y Kia I. Reinis.** (1989). Age at first marriage and age at first birth. *Population Bulletin of the United Nations*, No. 26, pp. 126-185.
- Tsui, Amy; D. Hogan; J. Teachman y C. Welti.** (1981). Community Availability of Contraceptives and family Limitation. *Demography*, Vol.18 No. 4, pp. 615-625.

- y Carlos Welti. (1984). Nuptiality, Childs pacing and contraceptive Use among Mexican Women: Insights into the Fertility transition. International research awards Program in Determinants of Fertility in Developing Countries. Population council.
- Udry, Richard.** (1979). Age at Menarche, at First Intercourse and at First Pregnancy. *Journal of Biosocial Science*, Vol. 11, pp. 433-441.
- UNFPA,** (1991). Family planning, fertility decline and child survival. UNFPA Report. New Cork.
- United Nations.** (1979). Factors affecting the Use and No-Use of Contraception. Population Studies. No. 69. New York.
- (1981). Selected factors affecting fertility and fertility preferences in developing countries: Evidence from the first fifteen WFS country reports. In: World Fertility Survey Conference 1980: Record of Proceedings, Vol. 2 Voorburg: International Statistical Institute. pp. 147-227
- (1983). Marital Status and Fertility: A Comparative Analysis of World Fertility Survey Data for Twenty-One Countries. Department of International Economic and Social Affairs. New York.
- (1983). Relationships between fertility and education: A comparative analysis of world fertility Survey Data for Twenty-two developing countries. ST/ESA/SER.R/48.
- (1986) Education and Fertility: Selected Findings from the World Fertility Survey Data. New York: Population Division, United Nations.
- (1987). Fertility Behaviour in the context of Development: Evidence from the World Fertility Survey, Population studies No. 100. New York, Department of International Economic and social Affairs.
- (1990). Patterns of First Marriage: timing and Prevalence. New York.
- (1995). Women's education and fertility behaviour: Recent evidence from the Demographic and Health Surveys. New York.
- (1996). Concise Report on World Population Monitoring, 1996: Reproductive Rights and Reproductive Health. E/CN.9/1996/1.
- (1997). Linkages Between Population and Education. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York.
- United Nations Children's Found (UNICEF).** (2001). Early marriage child spouses. Innocenti Research Centre, Innocenti Digest No. 7.
- Vallin, J. y A. Lery.** (1978). Estimating the increased infertility consecutive to the death of a young child. In S.H. Preston (Ed.) The Effects of Infant and Child Mortality on Fertility. New York: Academic Press. pp. 69-90.
- Van De Kaa, Dirk J.** (1987). Europe's Second Demographic Transition. *Population bulletin*, Vol. 42, No. 1, pp-1-59. Population reference Boreau. New York.
- (1996). Anchored Narratives: The Story and Findings of Half a Century of research into the Determinants of Fertility. *Population Studies*, Vol. 50, pp. 389-432.
- Van de Walle, Francine, y Nassour Ouaidou.** (1985). Status and fertility among urban women in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 11, No. 2, pp. 60-64.
- (1986). Infant Mortality and the European Demographic Transition. In: Ansley J. Coale and Susan Cotts Watkins (eds). The Decline of Fertility in Europe: The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project. Princeton University Press. pp. 201-233.
- Van de Walle, Etienne,** (1972). Marriage and Marital Fertility. In: Glass, D. V. y Roger Revelle (Eds.), Population and Social Change. Edward Arnold.
- y John Knodel. (1980). Europe's Fertility Transition: New Evidence and Lessons for Today's Developing World. Population Bulletin, Vol. 34, No. 6, pp. 3-44. Washington D.C.: Population Reference Bureau, Inc.
- y A. Foster. (1990). Fertility decline in Africa: Assessments and prospects. Technical Paper No. 125. Africa Technical Department Series. The World Bank, Washington, D.C.
- (1992). Fertility transition, conscious choice and numeracy. *Demography*, Vol. 29, No. 4, pp. 487-502.

- Vázquez G. Verónica y Flores Hernández Aurelia.** (2003). Uso de Anticonceptivos entre Mujeres Indígenas. Un Estudio de Caso del Sureste Veracruzano. *Revista Relaciones. La Representación en las Ciencias Sociales. Estudios de Historia y Sociedad.* El Colegio de Michoacán. Vol. 24. Núm. 93. Pp. 153-177.
- Vergara, C. H. y Simpson, M.** (2001). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Archivos de Economía, No. 168. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá. pp 105.
- Vidal, Pascual E.** 1969. Repercusión Mundial de la "Humanae Vitae". Ediciones Sertebi, Barcelona.
- Villegas Botero Luis Javier.** (2006). Educación de la Mujer en Colombia. Entre 1780 y 1930. Academia Antioqueña de Historia Tertulia - Foro 31 de Agosto.
- Vlassoff, M. y Carol Vlassoff.** (1980). A Old Age Security and the Utility of Children in Rural India. *Population Studies*, Vol. 34, No. 3, pp. 487-499.
- Waite, Linda J. y Kristin A. Moore.** (1978). The impact of and Early First Birth on Young Women's Educational Attainment. *Social Forces*, Vol. 56, No. 3, pp. 845-865.
- y Lee Lillard. (1991). Children and Marital Disruption. *American Journal of Sociology*, Vol. 96, No. 4, pp. 930-953.
- (1995). Does marriage matter?. *Demography*, Vol. 32, No. 4, pp. 483-507.
- Ware, Helen.** (1984). Effects of maternal education, women's roles, and child care on mortality. *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research, pp. 191-214.
- Weinberger, Mary Beth.** (1987). The Relationship Between Women's Education and Fertility: Selected Findings From The World Fertility Surveys. *International Family Planning Perspectives*, Vol. 13, No. 2. pp. 35-46.
- ; Cynthia, Lloyd, y A. Blanc. (1989). Women's Education and Fertility: A Decade of Change in Four Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, No. 1, pp. 4-14.
- Welti, Carlos.** (1980). Estimación del Cambio en el Nivel de Fecundidad de la Población del Área Metropolitana de la Ciudad de México entre 1964-1976. En: Investigación Demográfica en México-1980. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- (1982). Algunos Factores Asociados al Descenso de la Fecundidad en México en un Período Reciente, en los Factores del Cambio Demográfico en México. México, IISUNAM, Siglo XXI. pp. 126-151.
- (1983). Ocupación y fecundidad. En: R. Benítez y J. Quilodrán (Comps.). La Fecundidad Rural en México. El colegio de México/UNAM. pp. 379-435.
- (1987). Participación Económica femenina y fecundidad en el área metropolitana de la ciudad de México. En: Fuerza de trabajo femenina urbana en México. Miguel Ángel Porrúa, Editor. México, D.F.
- (1988). Fecundidad: un descenso más lento. *DEMOS. Carta Demográfica sobre México.* No.1, pp. 3-4.
- (1988). Determinantes Sociales del Uso de Anticonceptivos. Ponencia presentada en La Reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en Planificación Familiar. México, D.F.
- (1989). La Fecundidad Adolescente en México. Ponencia presentada en el Seminario sobre la Situación actual y Perspectivas de la Población en México, IISUNAM-CONAPO, México, 26 p. (mimeo).
- (1989). Propuesta de Tabulaciones Especiales de Fecundidad. Ponencia presentada en el Seminario de Análisis del Censo de 1990. UNFPA, UNAM, INEGI, México.
- y Agustín Grajales. (1989). Cambios recientes en la fecundidad en México: Tendencias recientes y evaluación programática. CONAPO-Population Council, México
- (1990). Descomposición del cambio en la tasa bruta de natalidad en México en las décadas recientes. *Revista Mexicana de Sociología.* Año LII, No. 1, pp 205-222.
- (1992): Estimaciones de fecundidad con base en información de los censos de 1980 y 1990, (mimeo).

- (1994). La Fecundidad en México. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. México.
- y Leonor Paz. (1996). Trabajo y comportamiento reproductivo de las mujeres residentes en el área Metropolitana de Puebla, México, con especial referencia a las mujeres pobres. Memoria del Tercer Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Departamento de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, Tlaxcala. pp. 183-224.
- (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población*, núm. 26. CIEAP/UAEM. Estado de México, México, Pp. 43-86.
- y Margarita, Ortega Y Diana, Alvarez. (2001). La Fecundidad Adolescente en Guanajuato. Consejo Estatal de Población del Estado de Guanajuato. Serie Salud Reproductiva.
- y Leonor Paz. (2001). La fecundidad adolescente en el Estado de México. Consejo Estatal de Población del Estado de México
- (2006). Comentarios a los resultados de la ensar-2003. Cuadro No. 1. Cálculos del autor con base en los datos de la ENSAR-2003.
- Westoff, Charles F., Robert G. Potter y Philip C. Sagi.** (1963). The Third Child. A Study in the Prediction of Fertility. Princeton University Press.
- Whelpton, Pascal K.** (1950). Social and Psychological Factors Affecting Fertility, Vol. II The Intensive Study: Purpose, Scope, Methods, and Partial Results. The Mibank Memorial Fund. New York.
- Whyte, Martin K.** (1978). The Status of Women in Preindustrial Societies. Princeton University Press.
- Wolpin, Kennet.** (1984). An estimable dynamic stochastic model of fertility and child mortality. *Journal of political economy*, vol. 92, No. 5, pp. 852-874.
- Young, Gay Lucia y Mona Danner.** (1994). Moving from the status of women to gender inequality: conceptualization. Social Indicators and Empirical Application. *International Sociology*, Vol. 9, No. 1, pp. 55-85.
- Zambrano, Lupi Jorge H.** (1979). Fecundidad y escolaridad en la ciudad de México. *Demografía y economía*, Vol. 13, No. 4, pp. 405-448.
- Zamudio, Lucero y Norma Rubiano.** (1991). La Nupcialidad en Colombia. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.
- (1991). Las separaciones conyugales en Colombia, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
- Zavala de Cosío, M. E.** (1988). Cambios de la Fecundidad en México. Secretaria de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. México.
- (1989). Niveles y tendencias de la fecundidad en México, 1960-1980. En Figueroa C., Beatriz. (Comp.). La fecundidad en México: cambios y perspectivas. CEDDU, El Colegio de México, México. pp. 167-196.
- (1992). Fases iniciales de la reducción de la fecundidad en México. Ponencia presentada en la Conferencia sobre el Poblamiento de las Américas, IUSSP, ABEP, FCD, PAA, PROLAP, SOMEDE, CONAPO, Veracruz, México.
- Zelizer , Viviana.** (1994). Pricing the priceless child: The changing social value of children. Princeton, NJ. Princeton University.
- Zheng, Wu.** (1999). Premarital cohabitation and the timing of first marriage. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, No. 36, pp. 109-127.
- Zlotnik, H.** (1982). Levels and Recent Trends in Fertility and Mortality in Colombia. National Academy Press. Washington.

Índice de cuadros

Cuadro No. 3.1 Colombia: Porcentaje de población analfabeta por sexo, 1964-1993.....	87
Cuadro No. 3.2 Colombia: Porcentaje de población analfabeta por sexo, según zona de residencia 1964-1993.....	88
Cuadro No. 3.3 México: Porcentaje de población analfabeta por sexo 1970-2000.....	89
Cuadro No. 3.4 México: Tasas de Analfabetismo, por sexo y grupos de edad, 1970-2000.....	90
Cuadro No. 3.5 Colombia: Años promedio de escolaridad alcanzados por la población de 25 años y más, total y zona de residencia, 1964-1997.....	93
Cuadro No. 3.6 Colombia: Evolución de las tasas de escolarización de la educación primaria, por sexo. 1975-1995.....	95
Cuadro No. 3.7 Colombia: Evolución de la matrícula en educación primaria por sexo. 1985- 1997.....	96
Cuadro No. 3.8 México: Evolución de las tasas de escolarización de la educación primaria, por sexo. 1975-1995.....	97
Cuadro No. 3.9 México: Evolución de la matrícula de educación primaria, por sexo. 1976-1996	98
Cuadro No. 3.10 Colombia: Matrícula en secundaria por sexo.1985-1997.....	99
Cuadro No. 3.11 México: Matrícula en educación secundaria, profesional técnico, bachillerato y normal básica. 1980-1995.....	100
Cuadro No. 3.12 México: Participación femenina según modalidad, en la educación de segundo nivel 1976-1990.....	101
Cuadro No. 3.13 Colombia: Evolución de la matrícula de educación superior por sexo, 1960-1990.....	103
Cuadro No. 3.14 Colombia: Matrícula en educación superior, por área de estudio y sexo, 1990-1995.....	104
Cuadro No. 3.15 Colombia: Matrícula en estudio de postgrado por sexo, según nivel de formación. 1990-1995.....	105
Cuadro No. 3.16 México: Matrícula en educación superior por sexo. 1983-1995.....	105
Cuadro No. 3.17 México: Matrícula en licenciatura por área de estudio y sexo. 1983-1995.....	106
Cuadro No. 3.18 México: Distribución porcentual por sexo de matrícula en postrado por área de especialización 1983-1999.....	107
Cuadro No. 3.19 Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años de edad, según nivel de escolaridad en las encuestas nacionales de fecundidad de Colombia y México. 1976-1995.....	108
Cuadro No. 3.20 20 Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años por generación, según nivel de escolaridad, Colombia y México.....	109
Cuadro No. 4.1 Colombia: Tasas específicas y globales de fecundidad según diversas fuentes, 1960-1965-70.....	114
Cuadro No. 4.2 Colombia: tasas globales de fecundidad por nivel de educación, según lugar de residencia. 1967-1968.....	115
Cuadro No. 4.3 Colombia: Tasas específicas y globales de fecundidad según diversas fuentes, 1971-1972.1976.....	117
Cuadro No. 4.4 Colombia: Tasas globales de fecundidad por nivel de escolaridad según lugar de residencia. 1973.....	118
Cuadro No. 4.5 Colombia: Tasas específicas y globales de fecundidad según diversas fuentes, 1978 a 1987-1990.....	125
Cuadro No. 4.6 Colombia: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1960-1995.....	127
Cuadro No. 4.7 México: Tasas específicas y globales de fecundidad, según diversas fuentes,	

1960-1965-1970.....	131
Cuadro No. 4.8 México: Promedio de hijos nacidos vivos, según lugar de residencia y nivel de escolaridad, 1960-1971.....	133
Cuadro No. 4.9 México: Tasas específicas y globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1970-1974.....	136
Cuadro No. 4.10 México: Tasas específicas y globales de fecundidad según diversas fuentes 1975-1979.....	137
Cuadro No. 4.11 México: Tasas específicas y globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1980 – 1990.....	140
Cuadro No. 4.12 México: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1960-1990.....	144
Cuadro No. 4.13 Colombia: Cambio porcentual de la fecundidad para los años 1986-994.....	150
Cuadro No. 4.14 México: Cambio porcentual de la fecundidad para los años 1986-1994.....	151
Cuadro No. 4.15 Colombia: Cambio porcentual de la fecundidad marital para los años 1985-1994 (Tasas por mil).....	154
Cuadro No. 4.16 México: Cambio porcentual de la fecundidad marital para los años 1986-1994 (Tasas por mil).....	155
Cuadro No. 4.17 Colombia: Tasas de fecundidad por edad, según nivel de escolaridad, 1986-1994 (Tasas por mil).....	158
Cuadro No. 4.18 Colombia: Tasas de fecundidad marital por edad, según nivel de escolaridad, 1985-1994 (Tasas por mil).....	158
Cuadro No. 4.19 México: Tasas de fecundidad por edad, según nivel de escolaridad. 1986-1994 (Tasas por mil).....	159
Cuadro No. 4.20 México: Tasas de fecundidad marital por edad, según nivel de escolaridad, 1986-1994 (Tasas por mil).....	159
Cuadro No. 4.21 Colombia: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	171
Cuadro No. 4.22 Colombia: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	172
Cuadro No. 4.23 Colombia: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	172
Cuadro No. 4.24 Colombia: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	173
Cuadro No. 4.25 México: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	173
Cuadro No. 4.26 México: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	174
Cuadro No. 4.27 México: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	174
Cuadro No. 4.28 México: Tasas de fecundidad general acumulada para la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	175
Cuadro No. 4.29 Colombia: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	175
Cuadro No. 4.30 Colombia: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	176
Cuadro No. 4.31 Colombia: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	176
Cuadro No. 4.32 Colombia: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	177
Cuadro No. 4.33 México: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	177
Cuadro No. 4.34 México: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación	

1945-49, según nivel de escolaridad.....	178
Cuadro No. 4.35 México: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad	178
Cuadro No. 4.36 México: Tasas de fecundidad marital acumulada para la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	179
Cuadro No. 4.37 Cambios en las tasas de fecundidad de México y Colombia entre 1985-1986 y 1994-1995, según aportes de sus componentes.....	182
Cuadro No. 5.1 Colombia: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad x, de las mujeres de 15 a 49 años, por generaciones	191
Cuadro No. 5.2 México: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad x, de las mujeres de 15 a 49 años, por generaciones.....	192
Cuadro No. 5.3 Colombia: Probabilidades a acumuladas de unirse hasta la edad x, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	195
Cuadro No. 5.4 México: Probabilidades a acumuladas de unirse hasta la edad x, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	196
Cuadro No. 6.1 México: Edad promedio a la menarca por generación.....	207
Cuadro No. 6.2 México: Distribución porcentual acumulada de mujeres, según edad a menarca por generación	208
Cuadro No. 6.3 México: Distribución porcentual acumulada de mujeres, según edad a menarca por nivel de escolaridad.....	209
Cuadro No. 6.4 Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años, según edad a la primera relación sexual. Colombia y México.	212
Cuadro No. 6.5 Porcentaje acumulado de mujeres de 15 a 49 años, según edad a la primera relación sexual, por generación. Colombia y México.....	213
Cuadro No. 6.6 Distribución porcentual de mujeres según a la primera relación sexual, por edad y nivel de escolaridad. Colombia y México.....	215
Cuadro No. 6.7 Porcentaje del total de mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, según edad y nivel de escolaridad. Colombia y México.....	216
Cuadro No. 6.8 Edad mediana a la primera relación sexual, según nivel de escolaridad. Colombia y México.....	217
Cuadro No. 6.9 Colombia: Probabilidades acumuladas de tener la primera relación sexual hasta la edad x de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	218
Cuadro No. 6.10 México: Probabilidades acumuladas de tener la primera relación sexual hasta la edad x de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	219
Cuadro No. 6.11 Distribución porcentual de mujeres que han tenido su primera relación sexual al momento de la primera unión por edad. México y Colombia.....	222
Cuadro No. 6.12 Distribución porcentual de mujeres que han tenido su primera relación sexual al momento de la primera unión por nivel de escolaridad. México y Colombia.....	223
Cuadro No. 6.13 México: Porcentaje de mujeres según acuerdo o desacuerdo en que se tenga relaciones sexuales antes del matrimonio por generación y nivel de escolaridad.....	224
Cuadro No. 6.14 Distribución porcentual de mujeres según si han tenido o no hijos y edad al primer hijo al momento de la encuesta. México y Colombia.....	226
Cuadro No. 6.15 Tasas de primeros nacimientos a la edad x. Colombia y México.....	229
Cuadro No. 6.16 Porcentaje acumulado de mujeres de 25 o más años, según edad al primer hijo, por generación. México y Colombia.....	231
Cuadro No. 6.17 Porcentaje acumulado de mujeres de 25 a 49 años, según edad al primer hijo nacido vivo en años cumplidos, nivel de escolaridad. México y Colombia.....	235
Cuadro No. 6.18 Colombia: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 o más años, según edad al primer hijo, por generación y nivel de escolaridad.....	236
Cuadro No. 6.19 México: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 o más años, según edad al primer hijo, por generación y nivel de escolaridad.....	237

Cuadro No. 6.20 Colombia: Tasas de primeros nacimientos a la edad X según nivel de escolaridad.....	243
Cuadro No. 6.21 México: Tasas de primeros nacimientos a la edad X según nivel de escolaridad.....	244
Cuadro No. 6.22 Colombia: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	245
Cuadro No. 6.23 México: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	247
Cuadro No. 6.24 México: Distribución porcentual de las mujeres, según edad que consideran ideal para tener primer hijo y nivel de escolaridad.....	251
Cuadro No. 6.25 México: distribución porcentual de las mujeres según opinión sobre el momento ideal para tener al primer hijo por nivel de escolaridad.....	252
Cuadro No. 6.26 Colombia: Distribución porcentual de mujeres alguna vez unidas que han tenido al primer hijo nacido vivo antes y después de la primera unión, por grupos de edad.....	253
Cuadro No. 6.27 México: Distribución porcentual de mujeres alguna vez unidas que han tenido al primer hijo nacido vivo antes y después de la primera unión, por grupos de edad....	253
Cuadro No. 6.28 Colombia: Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que han tenido hijos, según intervalo protogenésico, por nivel de escolaridad.....	256
Cuadro No. 6.29 México: Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que han tenido hijos, según intervalo protogenésico, por nivel de escolaridad.....	256
Cuadro No. 7.1 Colombia: Evolución de la mortalidad infantil. 1955-1995.....	274
Cuadro No. 7.2 México Evolución de la mortalidad infantil. 1950-1995.....	275
Cuadro No. 7.3 Colombia y México: Porcentaje de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, y cuyo último embarazo tuvo revisión médica, por grupos de edad.....	278
Cuadro No. 7.4 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según meses de embarazo a la primera revisión del embarazo más reciente, por grupos edad.....	279
Cuadro No. 7.5 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según meses de embarazo a la primera revisión del embarazo más reciente, por grupos de edad.....	279
Cuadro No. 7.6 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que revisó el embarazo, según numero de hijos nacidos vivos.....	280
Cuadro No. 7.7 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que revisó el embarazo y numero de hijos nacidos vivos.....	280
Cuadro No. 7.8 Colombia y México: Porcentaje de mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, que revisaron el embarazo más reciente según nivel de escolaridad.....	280
Cuadro No. 7.9 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según la persona que revisó el embarazo más reciente, por grupos de edad.....	281
Cuadro No. 7.10 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según la persona que revisó el embarazo, por grupos de edad.....	281
Cuadro No. 7.11 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según meses de embarazo a la primera revisión del embarazo más reciente, por escolaridad.....	282
Cuadro No. 7.12 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según meses de embarazo a la primera revisión del embarazo más reciente, por escolaridad.....	282
Cuadro No. 7.13 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que revisó el embarazo más reciente, por nivel de escolaridad.....	283
Cuadro No. 7.14. México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que revisó el embarazo más reciente, por nivel de	

escolaridad.....	283
Cuadro No. 7.15 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según tipo de atención prenatal, al hijo más reciente por número de hijos y nivel de escolaridad.....	284
Cuadro No. 7.16 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según tipo de atención prenatal por número de hijos y nivel de escolaridad.....	284
Cuadro No. 7.17 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según si recibió vacuna antitetánica durante el embarazo, por grupos de edad.....	286
Cuadro No. 7.18 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según si recibió vacuna antitetánica durante el embarazo, por nivel de escolaridad.....	286
Cuadro No. 7.19 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según el número de veces que recibió vacuna antitetánica durante el embarazo más reciente, por grupos de edad.....	287
Cuadro No. 7.20 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según el número de veces que recibió vacuna antitetánica en el embarazo más reciente, según nivel de escolaridad.....	287
Cuadro No. 7.21 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que atendió el parto del nacido vivo más reciente, por grupos de edad.....	289
Cuadro No. 7.22 México: Distribución porcentual de mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según la persona que atendió el parto del último hijo nacido vivo, por grupos de edad.....	289
Cuadro No. 7.23 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según persona que atendió el parto, por nivel de escolaridad.....	290
Cuadro No. 7.24 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según la persona que atendió el parto, por nivel de escolaridad de la madre.....	290
Cuadro No. 7.25 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según lugar donde se atendió el parto por grupos de edad.....	291
Cuadro No. 7.26 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según el lugar donde atendieron el parto, por grupos de edad.....	292
Cuadro No. 7.27 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según lugar donde se atendió el parto del último hijo nacido vivo por nivel de escolaridad.....	292
Cuadro No. 7.28 México: Distribución porcentual de las mujeres que han tenido al menos un hijo nacido vivo a partir de 1990, según el lugar donde atendieron el parto, por nivel de escolaridad.....	293
Cuadro No. 7.29 Colombia: Tasas de mortalidad infantil y probabilidades de muerte, para los cinco años anteriores a la encuesta, según edad de la madre al nacimiento del hijo.....	295
Cuadro No. 7.30 México: Tasas de mortalidad infantil y probabilidades de muerte, para los cinco años anteriores a la encuesta, según edad de la madre al nacimiento del hijo.....	295
Cuadro No. 7.31 México y Colombia: Probabilidades de crecimiento de las familias de mujeres alguna vez unidas, con al menos un hijo según estatus de sobrevivencia del primer hijo.....	297
Cuadro No. 7.32 Colombia: probabilidades de crecimiento de las familias de mujeres alguna vez unidas, con al menos un hijo según estatus de sobrevivencia del primer hijo y nivel de escolaridad.....	298
Cuadro No. 7.33 México: Probabilidades de crecimiento de las familias de mujeres alguna vez unidas, con al menos un hijo según estatus de sobrevivencia del primer hijo y nivel de escolaridad.....	299
Cuadro No. 7.34 Duración del intervalo intergenésico entre el primero y segundo nacimiento, según condición de sobrevivencia del primer hijo nacido vivo. México y Colombia.....	300

Cuadro No. 7.35: Distribución porcentual por duración del intervalo intergenésico entre el primer y segundo nacimiento según estatus de sobrevivencia del primer hijo. México y Colombia.....	301
Cuadro No. 7.36 Colombia: Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres unidas, según condición de sobrevivencia del primer hijo por grupos de edad.....	302
Cuadro No. 7.37 México: Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres unidas, según condición de sobrevivencia del primer hijo por grupos de edad.....	302
Cuadro No. 8.1 Colombia: Distribución porcentual de mujeres unidas por número ideal de hijos, según grupos de edad. 1976.....	320
Cuadro No. 8.2 Colombia: Distribución porcentual de mujeres unidas por número ideal de hijos, según grupos de edad.....	320
Cuadro No. 8.3 México: Distribución porcentual de mujeres unidas por número ideal de hijos, según grupos de edad. 1976.....	321
Cuadro No. 8.4 México: Distribución porcentual de mujeres unidas por número ideal de hijos, según grupos de edad.....	321
Cuadro No. 8.5 Colombia: Número promedio ideal de hijos de las mujeres unidas, por grupos de edad. 1976-1995.....	322
Cuadro No. 8.6 México: Número promedio ideal de hijos de las mujeres unidas, por grupos de edad. 1976-1995.....	323
Cuadro No. 8.7 Colombia: "Probabilidades ideales de crecimiento de las familias" de las mujeres unidas, por grupos de edad.....	325
Cuadro No. 8.8 México: "Probabilidades ideales de crecimiento de las familias" de las mujeres unidas, por grupos de edad.....	326
Cuadro No. 8.9 Tamaño ideal de familia de las mujeres unidas por grupos de edad. México y Colombia.....	328
Cuadro No. 8.10 Colombia: Promedio ideal de hijos de las mujeres unidas por grupos de edad, según nivel de escolaridad.....	331
Cuadro No. 8.11 México: Promedio ideal de hijos de las mujeres unidas por grupos de edad, según nivel de escolaridad.....	332
Cuadro No. 8.12 Colombia: Probabilidades ideales de crecimiento de las familias de las mujeres unidas según nivel de escolaridad.....	333
Cuadro No. 8.13 México: Probabilidades ideales de crecimiento de las familias de las mujeres unidas según nivel de escolaridad.....	334
Cuadro No. 8.14 Colombia: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según edad.....	336
Cuadro No. 8.15 México: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según edad.....	336
Cuadro No. 8.16 Colombia: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según paridez.....	337
Cuadro No. 8.17 México: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según paridez.....	337
Cuadro No. 8.18 Colombia: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según edad y nivel de escolaridad.....	339
Cuadro No. 8.19 México: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según edad y nivel de escolaridad.....	340
Cuadro No. 8.20 Colombia: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según paridez y nivel de escolaridad.....	341
Cuadro No. 8.21 México: Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias reproductivas, según paridez y nivel de escolaridad.....	342
Cuadro No. 8.22 Promedio de hijos nacidos vivos y promedio ideal de hijos de las mujeres unidas, por grupos de edad, según nivel de escolaridad. México y Colombia.....	343
Cuadro No. 8.23 Proporción de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por grupos de edad, según	

nivel de escolaridad... Colombia y México.....	345
Cuadro No. 8.24 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres unidas al usar por primera vez anticonceptivos, por grupos de edad, según nivel de escolaridad. Colombia y México.....	345
Cuadro No. 8.25 Probabilidad de tener el tercer hijo según sexo de los hijos previos de las mujeres de 35 años y más.....	349
Cuadro No. 8.26 Probabilidad de haber tenido un tercer hijo, de las mujeres de 35 años o más, según sexo del hijo anterior por nivel de escolaridad México y Colombia.....	350
Cuadro No. 8.27 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas de 15 a 49 años, según razón para tener hijos.....	353
Cuadro No. 8.28 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas de 15 a 49 años, según razón para tener hijos y nivel de escolaridad.....	354
Cuadro No. 8.29 México: Promedio del número ideal de hijos según razones para tener hijos y nivel de escolaridad.....	354
Cuadros No. 8.30 México: Promedio del número ideal de hijos, según grado de autonomía y nivel de escolaridad.....	355
Cuadro No. 9.1 Colombia: Métodos de planificación familiar conocidos por las entrevistadas encuestas urbana y rural. 1969 (Porcentaje respecto del total de mujeres que mencionaron conocer algún método).....	380
Cuadro No. 9.2 México: Uso de anticonceptivos entre el total de mujeres y de las mujeres unidas según diversas encuestas. 1976-1995.....	385
Cuadro No. 9.3 México: Uso de anticonceptivos de las mujeres unidas por tipo de métodos, según diversas encuestas. 1976-1995.....	387
Cuadro No. 9.4 México: Uso de anticonceptivos de las mujeres unidas por grupos de edad, según diversas encuestas. 1976-1995.....	388
Cuadro No. 9.5 México: Porcentaje de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos, según nivel de escolaridad.....	388
Cuadro No. 9.6 México: Conocimiento de métodos anticonceptivos en localidades rurales y semi-urbanas. 1969-1970.....	389
Cuadro No. 9.7 Colombia: Conocimiento de métodos anticonceptivos del total de mujeres y de las mujeres unidas, según tipo de método. 1976.....	391
Cuadro No. 9.8 México: Conocimiento de métodos anticonceptivos del total de mujeres y de las mujeres unidas, según tipo de método. 1976.....	391
Cuadro No. 9.9 Colombia: Conocimiento de métodos anticonceptivos, de las mujeres unidas, por nivel de escolaridad, según tipo de método. 1976.....	392
Cuadro No. 9.10 México: Conocimiento de métodos anticonceptivos, de las mujeres unidas, por nivel de escolaridad, según tipo de método. 1976.....	392
Cuadro No. 9.11 Colombia: Porcentaje de mujeres actualmente unidas que usan métodos anticonceptivos, según zona de residencia, 1969-1980.....	394
Cuadro No. 9.12 Colombia: Porcentaje de mujeres usuarias de anticonceptivos por tipo de método usado 1969-1990.....	395
Cuadro No. 9.13 Colombia: Porcentajes del total de mujeres y de las mujeres unidas según conocimiento de métodos anticonceptivos, por tipo de método.....	398
Cuadro No. 9.14 México: Porcentajes del total de mujeres y de las mujeres unidas según conocimiento de anticonceptivos, por tipo de método.....	399
Cuadro No. 9.15 Colombia: Conocimiento de métodos anticonceptivos, de las mujeres unidas por nivel de escolaridad, según tipo de método.....	401
Cuadro No. 9.16 México: Conocimiento de métodos anticonceptivos, de las mujeres unidas por nivel de escolaridad, según tipo de método.....	401
Cuadro No. 9.17 Colombia: Distribución porcentual de mujeres según la identificación del periodo fértil durante el ciclo menstrual por nivel de escolaridad.....	403
Cuadro No. 9.18 Colombia: Distribución porcentual de mujeres según la identificación del periodo	

fértil durante su ciclo menstrual por nivel de escolaridad. Usuarías de ritmo o retiro...	404
Cuadro No. 9.19 Porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos. México y Colombia.....	406
Cuadro No. 9.20 Distribución porcentual de las mujeres usuarias de anticonceptivos según método utilizado. México y Colombia	407
Cuadro No. 9.21 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas, según uso actual de métodos anticonceptivos por grupos de edad y tipo de método utilizado.....	408
Cuadro No. 9.22 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas, según uso actual de métodos anticonceptivos por grupos de edad y tipo de método utilizado.....	408
Cuadro No. 9.23 México: Distribución porcentual de las mujeres usuarias de anticonceptivos según algunos métodos usados y razón de uso del método.....	410
Cuadro No. 9.24 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas, según razón de no uso anticonceptivos, por grupos de edad.....	413
Cuadro No. 9.25 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas, según razón de no uso de anticonceptivos, por grupos de edad.....	413
Cuadro No. 9.26 México: Distribución porcentual de las mujeres usuarias de anticonceptivos, según algunos métodos usados y razón de uso del método, por nivel de escolaridad.	415
Cuadro No. 9.27 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas que no usan anticonceptivos, según razón para no usarlos por nivel de escolaridad.	417
Cuadro No. 9.28 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas, que no usan anticonceptivos, según razones para no usarlos por nivel de escolaridad.....	418
Cuadro No. 9.29 México: Patrón de uso de anticonceptivos de mujeres unidas, según nivel de escolaridad.....	419
Cuadro No. 9.30 Colombia: Patrón de uso de anticonceptivos de mujeres unidas según nivel de escolaridad.	419
Cuadro No. 9.31 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos, según tipo de método y nivel de escolaridad.	420
Cuadro No. 9.32 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos, según tipo de método y nivel de escolaridad.....	421
Cuadro No. 9.33 México: Proporciones de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por grupos de edad y nivel de escolaridad.	422
Cuadro No. 9.34 Colombia: Proporciones de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por grupos de edad y nivel de escolaridad.....	422
Cuadro No. 9.35 México: Proporción de mujeres unidas, usuarias de métodos anticonceptivos, por número de hijos según nivel de escolaridad.	423
Cuadro No. 9.36 Colombia: Proporción de mujeres unidas, usuarias de métodos anticonceptivos, por número de hijos según nivel de escolaridad.....	424
Cuadro No. 9.37 México: Distribución porcentual de mujeres unidas según número de hijos al usar por primera vez anticonceptivos, por nivel de escolaridad.	424
Cuadro No. 9.38 Colombia: Distribución porcentual de mujeres unidas según número de hijos al usar por primera vez anticonceptivos, por nivel de escolaridad.....	425
Cuadro No. 9.39 México: Probabilidades acumuladas de uso del primer método anticonceptivo hasta la edad x, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.	428
Cuadro No. 9.40 México: Proporciones acumuladas de mujeres de 35 años y más esterilizadas hasta la edad X, por nivel de escolaridad.....	430
Cuadro No. 9.41 Colombia: Proporciones acumuladas de mujeres de 35 años y más esterilizadas hasta la edad X, por nivel de escolaridad.....	431
Cuadro No. 9.42 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos según tipo de método y lugar de obtención de cada método.	433
Cuadro No. 9.43. México: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos según tipo de método y lugar de obtención de cada método.	433

Cuadro No. 9.44 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos según tipo de método y lugar de obtención del método, por nivel de escolaridad.....	434
Cuadro No. 9.45 Colombia: Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias actuales de anticonceptivos según tipo de método y lugar de obtención del método, por nivel de escolaridad.....	435
Cuadro No. 9.46 México: Porcentaje de mujeres menores de 25 años, que usaron anticonceptivos en La primera relación sexual, según estado conyugal.....	437
Cuadro No. 9.47 México: Porcentaje de mujeres menores de 25 años, que usaron anticonceptivos, en La primera relación sexual, según estado conyugal y edad a la primera relación sexual.....	438
Cuadro No. 9.48 México, Porcentaje de mujeres menores de 25 años, que usaron anticonceptivos en su primera relación según nivel de escolaridad y estado conyugal.....	438
Cuadro No. 9.49 México: Distribución porcentual de mujeres solteras menores de 25 años, que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual según tipo de método y nivel de escolaridad.....	438
Cuadro No. 9.50: México Distribución porcentual de mujeres alguna vez unidas menores de 25 años, que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, según tipo de método y nivel de escolaridad.....	439
Cuadro No. 9.51 México: Distribución porcentual de mujeres solteras menores de 25 años, que no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual y razón para no usar por nivel de escolaridad.....	439
Cuadro No. 9.52 México: Distribución porcentual de mujeres alguna vez unidas menores de 25 años Que no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual y razón para no usar, por nivel de escolaridad.....	440
Cuadro No. 9.53 México: Porcentaje de mujeres unidas, que han conversado con su pareja sobre métodos de planificación familiar por grupos de edad.....	443
Cuadro No. 9.54 México: Porcentaje de mujeres unidas, que han conversado con su pareja sobre métodos de planificación familiar por nivel de escolaridad.....	444
Cuadro 9.55 México: Porcentaje de mujeres unidas que han conversado con su pareja sobre planificación familiar, según condición de uso de anticonceptivos.....	444
Cuadro No. 9.56 México: Porcentaje de mujeres que han conversado con su pareja sobre planificación familiar, según condición de uso de anticonceptivos y nivel de escolaridad.....	445
Cuadro No. 9.57 México: Distribución porcentual de mujeres unidas, usuarias de anticonceptivos, según tipo de método usado y comunicación con su pareja sobre planificación familiar.....	445
Cuadro No. 9.58 México: Distribución porcentual de mujeres unidas, según si el marido está o no de acuerdo con el uso de anticonceptivos, por nivel de escolaridad.....	446
Cuadro No. 9.59 México: Proporción de usuarias de métodos anticonceptivos, según si el esposo está o no de acuerdo con el uso de anticonceptivos, por nivel de escolaridad.....	446
Cuadro No. 9.60 México: Porcentaje de mujeres unidas, según quien toma la decisión de tener hijos por grupos de edad.....	449
Cuadro No. 9.61 México: Distribución porcentual de las mujeres unidas, según quien toma la decisión de tener hijos, por nivel de escolaridad.....	450
Cuadro No. 9.62 México. Índice de participación en la toma de decisiones, según nivel de escolaridad y edad.....	450
Cuadro No. 9.63. México: Índice de participación en la toma de decisiones, por nivel de escolaridad y edad, según condición de uso de anticonceptivos.....	451
Cuadro No. 9.64 México: Índice de autonomía, según nivel de escolaridad y edad.....	452
Cuadro No. 9.65 México: Índice de autonomía, por nivel de escolaridad y edad, según condición de uso de anticonceptivos.....	452
Cuadro No. 9.66 México: Distribución porcentual de mujeres unidas, según la ventaja principal que ven en la planificación familiar, por nivel de escolaridad.....	453

Anexo I: Cuadros

Cuadro No. 1 Colombia: Conocimiento de métodos anticonceptivos, del total de mujeres por nivel de escolaridad, según tipo de método. 1976.....	455
Cuadro No. 2 México: Conocimiento de métodos anticonceptivos, del total de mujeres por niveles de escolaridad, según tipo de método. 1976.....	455
Cuadro No. 3 Colombia: Conocimiento de métodos anticonceptivos, del total de mujeres por nivel de escolaridad, según tipo de método.....	456
Cuadro No. 4: México: Conocimiento de métodos anticonceptivos, del total de mujeres por niveles de escolaridad, según tipo de método.....	456
Cuadro No. 5 Colombia: Uso de métodos anticonceptivos, de mujeres expuestas por nivel de escolaridad y grupos de edad. 1976.....	457
Cuadro No. 6 México: Uso de métodos anticonceptivos, de mujeres expuestas por nivel de escolaridad y grupos de edad. 1976.....	457

Cuadros del Apéndice metodológico

Cuadro No. 1 México: Resultados del levantamiento de la entrevista individual de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud	471
Cuadro No. 2 México: Resultados levantamiento de la entrevista de hogar de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud.....	471
Cuadro No. 3 Tamaño de la muestra requerido para un muestreo aleatorio simple sin reemplazo.....	475

Índice de Gráficas

Gráfica: 3.1 México: Porcentaje de Población Indígena de 15 años y más analfabeta por sexo. 1990-1995.....	91
Gráfica No. 3.2 México: Promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por sexo. 1960 – 2000.....	94
Gráfica No. 4.1 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1960-1964-1970.....	114
Gráfica No. 4.2 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1971-1972 a 1973-1974.....	117
Gráfica No. 4.3 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, por nivel de escolaridad, Censo, 1973.....	119
Gráfica No. 4.4 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1975-1976.....	120
Gráfica No. 4.5 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, de la población urbana y rural, 1976.....	123
Gráfica No. 4.6 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, según nivel de escolaridad, 1976.....	124
Gráfica No. 4.7 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1978 a 1987-1990.....	125
Gráfica No. 4.8 Colombia: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes.....	126
Gráfica No. 4.9 México: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1960-1969.....	129
Gráfica No. 4.10 México: Tasas específicas de fecundidad según diversas fuentes, 1960-1960-1964.....	130
Gráfica No. 4.11 México: Tasas específicas de fecundidad según diversas fuentes,	

1965-1967-1969.....	130
Gráfica No. 4.12 México: Promedio de hijos nacidos vivos por mujer, según nivel de escolaridad. 1960-1971, total nacional; 1964 Cd. De México	132
Gráfica No. 4.13 México: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1970-1979.....	134
Gráfica No. 4.14 México: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1970-1972.....	135
Gráfica No. 4.15 México: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1976-1979.....	137
Gráfica No. 4.16 México: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1980-1990.....	138
Gráfica No. 4.17 México: Tasas globales de fecundidad, según nivel de escolaridad, 1985-1986.....	139
Gráfica No. 4.18 México: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1980-1981-1985.....	140
Gráfica No. 4.19 México: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1989-1990-1990.....	141
Gráfica No. 4.20 México: Tasas globales de fecundidad, según diversas fuentes, 1960-2000.....	143
Gráfica No. 4.21 Colombia: Tasas específicas de fecundidad, 1985-1994.....	149
Gráfica No. 4.22 México: Tasas específicas de fecundidad, según diversas fuentes, 1986-1994.....	150
Gráfica No. 4.23 Colombia: Tasas maritales de fecundidad por edad, 1985-1994.....	154
Gráfica No. 4.24 México: Tasas maritales de fecundidad por edad, 1986-1994.....	155
Gráfica No. 4.25 Colombia: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	163
Gráfica No. 4.26 Colombia: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	164
Gráfica No. 4.27 Colombia: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	164
Gráfica No. 4.28 Colombia: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	165
Gráfica No. 4.29 México: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	165
Gráfica No. 4.30 México: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	166
Gráfica No. 4.31 México: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	166
Gráfica No. 4.32 México: Tasas generales de fecundidad acumulada de la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	167
Gráfica No. 4.33 Colombia: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	167
Gráfica No. 4.34 Colombia: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	168
Gráfica No. 4.35 Colombia: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	168
Gráfica No. 4.36 Colombia: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	169
Gráfica No. 4.37 México: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1937-1941, según nivel de escolaridad.....	169
Gráfica No. 4.38 México: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1945-1949, según nivel de escolaridad.....	170
Gráfica No. 4.39 México: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1952-1956, según nivel de escolaridad.....	170
Gráfica No. 4.40 México: Tasas maritales de fecundidad acumulada de la generación 1960-1964, según nivel de escolaridad.....	171
Gráfica No. 5.1 Edad a la primera unión por edad. México y Colombia.....	188
Gráfica No. 5.2 Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años..	193
Gráfica No. 5.3 Colombia: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años, por generaciones.....	193

Gráfica No. 5.4 México: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad X, de las Mujeres de 15 a 49 años, por generaciones.....	194
Gráfica No. 5.5 Colombia: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	197
Gráfica No. 5.6 México: Probabilidades acumuladas de unirse hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	197
Gráfica No.6.1 México: Distribución porcentual acumulada de las mujeres, según edad a la menarca por generación.....	208
Gráfica No. 6.2 México: Distribución porcentual acumulada de las mujeres, según edad a la menarca por nivel de escolaridad.	209
Gráfica No. 6.3 México y Colombia: Distribución porcentual de las mujeres en edad reproductiva, según edad a la primera relación sexual.....	211
Gráfica No. 6.4 Colombia: Probabilidades acumuladas de tener la primera relación sexual hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.	220
Gráfica No. 6.5 México: Probabilidades acumuladas de tener la primera relación sexual hasta la edad X, de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	220
Gráfica No. 6.6 México y Colombia: Distribución porcentual de las mujeres en edad reproductiva, según edad al primer hijo.....	225
Gráfica No. 6.7 México y Colombia: Tasas de primeros nacimientos a la edad X.....	228
Gráfica No. 6.8 Colombia: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por generaciones.....	231
Gráfica No. 6.9 México: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por generaciones.....	232
Gráfica No. 6.10 Colombia: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad de la generación 1946-1950.....	238
Gráfica No. 6.11 Colombia: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad, generación 1956-1960.....	238
Gráfica No. 6.12 Colombia: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad, generación 1966-1970.....	239
Gráfica No. 6.13 México: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad, generación 1946-1950.....	239
Gráfica No. 6.14 México: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad, generación 1956-1960.....	240
Gráfica No. 6.15 México: Porcentaje acumulado de mujeres de 25 años o más, según edad al primer hijo por nivel de escolaridad generación 1966-1970.....	240
Gráfica No. 6.16 Colombia: Tasas de primeros nacimientos a la edad X según nivel de escolaridad.....	243
Gráfica No. 6.17 México: Tasas de primeros nacimientos a la edad X según nivel de escolaridad.....	244
Gráfica No. 6.18 Colombia: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	246
Gráfica No. 6.19 Colombia: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X de las mujeres, según edad y nivel de escolaridad.	246
Gráfica No. 6.20 México: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.	248
Gráfica No. 6.21 México: Probabilidades acumuladas de tener al primer hijo hasta la edad X, según edad y nivel de escolaridad.	248
Gráfica No.6.22 Colombia: Promedio de hijos nacidos vivos, según intervalo protogenésico.....	255
Gráfica No. 6.23 México: Promedio de hijos nacidos vivos, según intervalo protogenésico.....	255
Gráfica No. 6.24 Colombia: Promedio de hijos nacidos vivos, según intervalo protogenésico por nivel de escolaridad.....	257
Gráfica No. 6.25 México: Promedio de hijos nacidos vivos, según intervalo protogenésico, por nivel de escolaridad.....	257

Gráfica No. 7.1 Colombia: Evolución de la Mortalidad Infantil, 1955-1995.....	273
Gráfica No. 7.2 México: Evolución de la Mortalidad Infantil, 1950-1995.....	274
Gráfica No. 8.1 Colombia: Número promedio ideal de hijos de las mujeres unidas, por grupos de edad, 1976-1995.....	322
Gráfica No. 8.2 México: Número promedio ideal de hijos de las mujeres unidas, por grupos de edad, 1976-1995.....	323
Gráfica No. 8.3 México y Colombia: Tamaño ideal de familia de las mujeres unidas en edad reproductiva por grupos de edad.....	327
Gráfica No. 8.4 Colombia: Probabilidades ideales de crecimiento de las familias de las mujeres unidas, según nivel de escolaridad.....	333
Gráfica No. 8.5 México: Probabilidades ideales de crecimiento de las familias de las mujeres unidas, según nivel de escolaridad.....	334
Gráfica No. 8.6 Colombia: Promedio de hijos nacidos vivos y de ideal de hijos de las mujeres esterilizadas unidas, según edad.....	346
Gráfica No. 8.7 México: Promedio de hijos nacidos vivos y de ideal de hijos de las mujeres esterilizadas unidas, según edad.....	347
Gráfica No. 8.8 Colombia: Promedio de hijos nacidos vivos e ideal de hijos de las mujeres esterilizadas, según nivel de escolaridad.....	348
Gráfica No. 8.9 México: Promedio de hijos nacidos vivos e ideal de hijos de las mujeres esterilizadas, según nivel de escolaridad.....	348
Gráfica No. 9.1 México: Probabilidades acumuladas de uso del primer método anticonceptivo, hasta la edad X de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de escolaridad.....	427
Gráfica No. 9.2 México: Proporciones acumuladas de mujeres de 35 años y más esterilizadas, hasta la edad X por escolaridad.....	430
Gráfica No. 9.3 Colombia: Proporciones acumuladas de mujeres de 35 años y más esterilizadas, hasta la edad X por escolaridad.....	431