



***Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza
en América Latina y el Caribe***

14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile

Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

***Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la
Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción
de la pobreza en América latina***

Mariachiara Di Cesare

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción de la pobreza en América latina

Mariachiara Di Cesare

1. Introducción

La relación existente entre fecundidad y pobreza en los países en desarrollo ha sido ampliamente analizada y discutida y sigue siendo tema de debate entre los estudiosos (CEPAL, 2006; CEPAL, 2004; Aassve et al., 2005; Birsdall, Kelley y Sinding, 2001; Schoumaker, 2004; Eastwood y Lipton, 1999; Birsdall y Griffin, 1988). En el caso de América Latina y Caribe, esta relación se enfrenta a una particularidad que es interpretada de distintas formas: los rápidos cambios demográficos (en particular la disminución de la fecundidad) no han resultado claramente asociados con una reducción de la pobreza o un desarrollo económico sostenido de esta área del mundo (Birsdall y Sinding, 2001).

Por un lado, en las últimas décadas se ha asistido a una disminución sistemática de la fecundidad total (TGF) en los países de América Latina, lo que responde a una combinación de factores dentro del marco teórico de la transición demográfica y que ha sido ampliamente documentada por numerosos estudios (CEPAL, 2004). El descenso de la fecundidad de las últimas décadas ha coincidido con cambios económicos, culturales, valóricos y sociales que han acaecido con diferentes formas e intensidades en esta área del mundo, donde su heterogeneidad interna es muy alta y los valores de la TGF varían de bajo el nivel de reemplazo —como el caso de Cuba (1.6) y de Chile (2.0) en el quinquenio 2000-2005— a 4.6 hijos por mujer en Guatemala —en el mismo periodo—.

Por otro lado, la pobreza sigue siendo uno de los temas clave en América Latina y Caribe (Korzeniewicz y Smith, 2000; CEPAL, 2006). Según datos del año 2004 (CEPAL, 2006), la economías de América Latina y el Caribe alcanzaron un crecimiento del producto interno bruto (PIB) del 5.9% y del PIB per cápita del 4.4%, mientras que en el quinquenio 2000-2004 el crecimiento del PIB per cápita fue del 1.3%, y en la década 1990—1999 del 13.3%. De acuerdo con las mediciones del año 2002 (CEPAL, 2006), la pobreza alcanzaba un 44% y la indigencia un 19.4% de la población —42.% y del 18.1% respectivamente en el 2000, y del 48.3% y 22.5% en el 1990—, lo que está lejos del cumplimiento de la primera meta del Milenio¹ (CEPAL, 2006). Si consideramos la actual situación de Latinoamérica, esta resulta interesante y desafiante si se considera que atraviesa por su “*Bono demográfico*” (Boongarts, 2001) —caracterizado por niveles muy bajos de la dependencia demográfica y, por ende, por una gran proporción de población en edad activa—. Aún así esta área del mundo continua registrando los niveles más altos de desigualdad socio-económicas —entre el 1990 y el 2002 se ha observado una variación mínima en la distribución de los ingresos— tanto que el 5% más rico de la población concentra un 26% de los ingresos totales, y el 30% más pobre solo recibe un 8% (UNFPA, 2006; Hausmann y Székely, 2001). Como Robinson (1999, p.41) plantea, “*esta área del mundo ha sido arrasada por una nueva forma de “apartheid” del mercado caracterizada por una sorprendente contradicción: por un lado los movimientos sociales han proliferado permitiendo la organización de las clases populares por el otro pero no han coincidido con la capacidad de compensar las inigualdades sociales y obstaculizar el aumento de la pobreza*”.

Sobre la base de estos antecedentes, los objetivos propuestos en este trabajo son principalmente dos: 1) analizar los patrones emergentes en América Latina en materia

¹ Reducción a la mitad de la incidencia de la pobreza entre el 1990 y el 2015.

reproductiva y sexuales, lo que implica analizar las tendencias en los últimos años de los principales indicadores relacionados con los modelos reproductivos (TGF, fecundidad adolescente, edad media al primer hijo, etc.) y sexuales (uso de anticonceptivos, comportamientos sexuales a riesgo, uso de servicios de planificación familiar, etc.) y su relación con la condición socio-económica, y, 2) estudiar en detalle la relación existente entre pobreza y comportamientos sexuales y reproductivos con el objetivo de incorporar esta relación en las políticas contra la pobreza.

2. América Latina entre transiciones

En todos los países de América Latina se ha observado y se observa una disminución de los niveles de mortalidad y fecundidad, lo que está en línea con el marco teórico de la *Transición Demográfica*². Sin embargo, independientemente de la categorización utilizada para clasificar los países adentro del modelo de transición demográfica, el nivel de heterogeneidad que caracteriza esta área del mundo (tanto en su fecha de inicio y velocidad) es todavía muy alto (Ferrando, 2003).

Así las pautas de cambio demográfico en materia reproductiva resultan ser diferentes al interior de los grupos socio-económicos (Hausmann y Székely, 2001), relación que, según el enfoque micro-económico, es de tipo negativo, es decir, a niveles más altos de pobreza corresponden mayores niveles de fecundidad. Como ha planteado Becker (1960), la inversión en el capital humano de los hijos es una función del ingreso y de los precios. Aumentando el ingreso los padres aumentan sus inversiones en el capital humano, lo que produce una disminución en el número de hijos. Esta relación que a veces resulta poco clara en análisis de tipo *macro* (Birsdall y Griffin, 1988) resulta bastante evidente en casi todas las análisis de tipo *micro* (Aassve et al., 2005; Birsdall et al., 2001). Según un reciente estudio (Schoumaker, 2004) con datos de las DHS de 25 países del África Sub-Sahariana, resulta que las mujeres más pobres tienen un número mayor de hijos también una vez controlado por nivel de educación y lugar de residencia. A pesar de esta relación, se observan bajos niveles de fecundidad y altos uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres pobres en los países de esta área que están adelantado en el proceso de transición demográfica, sugiriendo que la pobreza no es un obstáculo insuperable para cambiar los patrones de fecundidad. De igual manera, son muchos los estudios que evidencian como los grupos socio-económicos más pobres no solo tienen una fecundidad general más alta, sino también, como estos se caracterizan por una alta vulnerabilidad tanto en materia de fecundidad adolescente (Di Cesare y Rodríguez, 2006; Rodríguez, 2005) como en la posibilidad de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles —en particular para las mujeres— (Basu, 1995; CELADE, 2006). Resultados que evidencian como los grupos socio-económicos más bajos presentan un alto grado de vulnerabilidad en materia sexual y reproductiva.

Según datos recientes (Cuadro 1) de CEPAL (2005), todos los países de América Latina y Caribe presentan una tasa de incremento de la población que en el quinquenio 2000-2005 supera el 10% (a excepción de Argentina, Cuba y Uruguay que presentan un valor de la tasa de incremento de 9.6, 3 y 7, respectivamente), lo que aún evidencia un discreto ritmo de crecimiento. De todas maneras, la comparación con el quinquenio 1990-1995 muestra una disminución generalizada de la tasa de incremento, con la única excepción de Guatemala. Esto es una evidente consecuencia de una disminución masiva de los niveles de fecundidad y mortalidad, como muestran los datos relativos tanto a la TGF, la esperanza de vida (e_0) y la tasa de mortalidad infantil (TMI). Al mismo tiempo, se observa una tendencia al aumento —con diferentes intensidades— del PIB por habitante. Sólo 5 países presentan un aumento porcentual negativo o nulo (Cuba, Haití, Paraguay, República Bolivariana de Venezuela y Honduras), 9 países presentan una variación inferior al 25% (Bolivia, Brasil, Colombia,

² vease Ferrando 2003 por un análisis detallado de la pauta transicional Latino Americana y Caribeña

Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Perú), 6 países un aumento entre el 25 y el 50 por ciento (Argentina, Costa Rica, El Salvador, República Dominicana y Uruguay), y sólo un país una variación de más del 50% (Chile). Al mismo tiempo, los valores porcentuales de la población bajo la línea de pobreza indican como a pesar de un aumento en PIB por habitante, los niveles de pobreza interna de los países se mantienen invariablemente muy altos. Con todo, las proyecciones en base a la evolución económica de los últimos años parecen sugerir un quiebre en las líneas de tendencias de la pobreza y una disminución tanto en las tasas de pobreza e indigencia como en los volúmenes de la población pobre y indigente (CEPAL, 2006).

Mucha información y de alta confiabilidad grafica la caída en la fecundidad y en la mortalidad, lo que refleja perfectamente la pauta de la transición demográfica (CEPAL, 2004); por otro lado, poco se sabe todavía respecto de los patrones emergentes en los comportamientos relacionados con la esfera privada (sexualidad, reproducción y familia) que han caracterizado en mucho países de América Latina los cambios en los patrones de fecundidad.

Fuera del contexto latinoamericano y más bien en los países desarrollados, se habla en las últimas décadas de una “Segunda Transición Demográfica” (van de Kaa, 1987; Lesthaeghe, 1995) en la que se sintetizan una serie de cambios socio-demográficos relacionados con los modelos familiares y reproductivos (una postergación de la transición de la vida adulta): caída de la fecundidad, postergación en la fecundidad y en la formación de las uniones, aumento de las uniones informales, aumento de los nacimientos afuera del matrimonio, incremento en la tasa de divorcio. Según algunos autores, tales cambios son la consecuencia de una prolongación del proceso educativo (Blossfeld y Hunink, 1991), del aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo (Becker, 1991) y un incremento de condiciones laborales precarias que aumentan las incertidumbres económicas de los jóvenes (Oppenheimer, 1988; Oppenheimer and Lew, 1995; McDonald, 2000). Según otros autores, tales cambios son la consecuencia de una modificación en las preferencias individuales y en el sistema valórico de referencia (Lesthaeghe, 1995), o sea, un creciente énfasis en las necesidades post-materialistas y de autonomía (por ejemplo en las esferas de la ética y de la moral), autorrealización y bienestar individual (Inglehart 1997), así como un rechazo por las formas de control institucional (Surkyn y Lesthaeghe, 2004). Sin duda los elementos a la base de la Segunda Transición Demográfica se pueden detectar también en otros países (especialmente en los modelos propuestos por los medios de comunicación), como es el caso de América Latina.

La importancia de estudiar los patrones emergentes encuentra su fundamento, en la especificidad latinoamericanas en materia reproductiva y sexual. Así, si por un lado se observa una disminución generalizada de la TGF, en cambio, por el otro se observa un aumento en los indicadores relacionados con la fecundidad adolescente, lo que ocurre a pasar de la difusión masiva de los medios anticonceptivos. Esta paradoja transforma a Latinoamérica en un espacio de investigación interesante.

Nuestro interés de esta forma se concentra en la evolución de los indicadores que se consideran fundamentales en definir las conductas en materia familiar y reproductiva: a) el calendario de la fecundidad; b) la fecundidad adolescente; c) los determinantes próximos de la fecundidad (Bongaarts, 1978), y d) el modelo familiar vigente (unión formal o consensual).

Cuadro 1. Indicadores de condición económica y demográfica (fecundidad y mortalidad) en América Latina

	Tasa de crecimiento de la población estimadas según quinquenios (%)		PIB por habitante (en dólares del 2000)		PIB por habitante (variación porcentual)	Población bajo la línea de pobreza (años y áreas de referencias varias)	TGF estimada según quinquenios		e0 estimada según quinquenios		TMI por 1000 nacidos vivos estimada según quinquenios	
	1990-1995	2000-2005	1990	2000	1990-1999		1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005
Argentina	13.1	9.6	5833	7730	35.0	23.7	2.90	2.35	72.1	74.3	24.4	15
Bolivia	23.3	22.7	850	996	17.0	60.6	4.80	3.96	60.0	63.8	75.1	55.6
Brasil	16.0	14.3	3096	3444	8.2	37.5	2.60	2.34	67.5	71	42.5	27.3
Chile	17.8	11.0	3069	4884	54.2	20.2	2.55	2.00	74.3	77.7	14.1	8
Colombia	19.6	17.0	1839	1979	6.5	54.9	3.01	2.62	68.6	72.2	35.2	25.6
Costa Rica	24.7	19.5	3147	4063	29.7	20.3	2.95	2.28	76.2	78.1	14.5	10.5
Cuba	6.2	3.0	3057	2519	-22.1	20	1.60	1.55	75.3	76.7	10	7.3
Ecuador	21.0	14.5	1252	1296	2.1	63.5	3.40	2.82	70.0	74.2	44.2	24.9
El Salvador	21.0	18.4	1638	2092	27.5	49.8	3.52	2.88	67.1	70.6	40.2	26.4
Guatemala	23.5	25.0	1436	1718	16.5	61.1	5.45	4.60	63.6	68.9	54.8	38.6
Haiti	18.9	18.3	528	438	-16.2	75	4.79	3.98	55.4	59.2	74.1	59.1
Honduras	29.9	25.3	894	929	0.9	79.7	4.92	3.72	67.7	71	43	31.2
México	18.3	14.3	4811	5874	13.9	41.1	3.12	2.49	71.5	73.4	34	28.2
Nicaragua	24.8	20.4	715	798	4.1	69.3	4.60	3.30	66.1	69.5	48	30.1
Panamá	20.6	18.3	3153	3942	24.1	34	2.87	2.70	72.9	74.7	27	20.6
Paraguay	27.3	24.9	1410	1291	-2.8	60.6	4.55	3.84	68.5	70.8	43.3	37
Perú	18.5	15.0	1646	2048	22.9	48.6	3.70	2.86	66.7	69.8	55.5	33.4
República Dominicana	17.5	16.2	1574	2355	32.8	46.9	3.16	2.71	67.0	70.1	46.6	34.4
Uruguay	7.1	7.0	4802	6019	28.1	9.4	2.49	2.30	73.0	75.2	20.1	13.1
Venezuela (Rep. Bol. de)	22.4	18.0	4827	4819	-1.9	49.4	3.25	2.72	71.5	72.8	23.1	17.5
<i>América Latina</i>	17.7	14.9	3317	3849	13.3	43.8	3.02	2.57	69.0	71.9	39.2	27.7

Fuente: Panorama Social 2005, CEPAL

Nota: ¹ Año 1999 Área Urbana; ² Año 1999; ³ Año 2000; ⁴ Año 2005 Área Urbana y se refiere a "población en riesgo de pobreza"; ⁵ Año 1998; ⁶ Año 2005.

Un primer análisis (Cuadro 2) muestra la situación a nivel nacional en 8 países de América Latina: Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana. La primera columna indica los niveles de la TGF (nacional y por área de residencia), y en todos los casos se observa una disminución de la TGF en el tiempo y una sobre fecundidad del área rural en comparación al área urbana (con diferencias que varían desde los 0.4 hijos para República Dominicana, a 2.4 hijos en los casos de Bolivia y Haití).

La tasa de fecundidad adolescente no muestra la misma tendencia que la TGF. En cuatro de los países de la muestra disminuye (Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú) y en los otros cuatro la fecundidad adolescente aumenta (Brasil, Colombia, República Dominicana y Haití). Se observan diferencias entre área urbana y rural, siendo el fenómeno de la fecundidad adolescente una característica del área rural, la que presenta niveles más altos; al mismo tiempo, se aprecia que existe en el área urbana una tendencia al aumento de la fecundidad adolescente, el que a veces es más marcada que en el área rural —como es el caso por ejemplo de Colombia y de Perú—.

En relación a los indicadores de calendario de la fecundidad, nupcialidad e sexualidad, se observa una alta heterogeneidad entre países. En el caso de Bolivia la trayectoria de los tres indicadores sigue un patrón parecido: los valores alcanzado al final de los años '80 mostraron un aumento en la década de los '90, para experimentar una ligera disminución al principio del 2000 —U invertida—. En el caso de Brasil, se observa una trayectoria de U de los primeros 2 indicadores (el valor más bajo de la curva se observa al principio de los años '90) y una disminución constante de la edad a la primera relación sexual. Colombia, a partir del año de observación —1990—, evidencia una disminución de la edad al primer hijo y de la primera relación sexual, y en el último intervalo de observación, se aprecia un aumento de la edad a la primera unión. Guatemala presenta un comportamiento descendientes en los tres indicadores. En el caso de Haití y Nicaragua —con solo dos mediciones— no se observan variaciones en la edad al primer hijo y de la primera unión, pero sí existe una disminución en la edad a la primera relación sexual. Perú por su parte muestra un aumento en las edades del primer hijo y la primera unión, pero no experimenta variaciones en la edad a la primera relación sexual. Por último, República Dominicana evidencia que después de un ligero aumento al principio de la década de los '90, muestra una constante disminución de los tres indicadores.

En todos los países se observa un aumento del intervalo intergenésico (con la excepción de Guatemala y Haití donde se mantuvo constante), indicador que puede interpretarse como sintomático de una mayor difusión de planificación familiar.

Un indicador particularmente interesante es el relativo al uso de métodos anticonceptivos con anterioridad al primer hijos. En la mayoría de países se observa como el porcentaje de mujeres que hacen uso de métodos contraceptivo antes de su primer hijo va aumentando, que puede entenderse como un mayor autocontrol de las preferencias reproductivas y autodeterminación sexual. El uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas, muestra como los países se han caracterizados por intensidades diversas, encontrándose variaciones que van desde un 22% hasta un 70% de usuarias de métodos modernos anticonceptivos en el último año de observación. Esto evidencia una tendencia a la disminución de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos, lo que sugiere un aumento de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos, sumado al hecho de que en todos los países se observa que el porcentaje de mujeres usuarias de métodos tradicionales se mantiene constante. El uso del condón también aumentó en casi todos los países, aunque sigue siendo un método anticonceptivo de menor difusión entre las parejas (Colombia y Perú son los dos países en los que el porcentaje de utilizadores de condón llega a ser de 7.1 y 8.6 respectivamente). La última columna indica el porcentaje de mujeres en unión consensual. En todos los países analizados se observa un aumento de la convivencia como tipología familiar alternativa a la unión formal.

Cuadro 2. Principales indicadores de comportamientos sexuales y reproductivos

	TGF			Tasa específica de fecundidad 15-19			Edad mediana primer hijo	Edad mediana primera unión	Edad primera relación sexual	Intervalo entre hijos en meses	Paridad 0 primer uso antic.	Uso actual de métodos anticonceptivos				% convivientes
	Área Urbana	Área Rural	Total	Área Urbana	Área Rural	Total	cohorte 25-29	cohorte 25-29	cohorte 25-29		cohorte 25-29	Moderno	Condón	Tradic.	No usa	cohorte 25-29
Bolivia 1989	4	6.6	5	67	156	99	20.6	20	18.5	30.3	6.8	12.2	0.3	18.0	69.7	15.7
Bolivia 1994	3.8	6.3	4.8	80	119	94	21.1	20.6	19.0	29.7	13.1	17.8	1.3	27.5	54.7	18.1
Bolivia 1998	3.3	6.4	4.2	68	135	84	21	20.9	19.0	30.5	19.9	25.2	2.6	23.1	51.7	19.2
Bolivia 2003	3.1	5.5	3.8	68	124	84	20.9	20.8	18.7	30.9	17.2	34.9	3.9	23.4	41.6	26.9
Brasil 1986	2.8	5.1	3.4	65	100	74	22.4	21.1	20.3	28.6	49.2	56.5	1.7	9.7	33.8	11.3
Brasil 1991	2.8	5.2	3.7	65	97	76	21.4	20.2	19.3	27.6	32.0	53.7	1.4	5.5	40.8	12.4
Brasil 1996	2.3	3.5	2.5	78	122	86	22.2	21	18.8	35.6	59.6	70.3	4.4	6.5	23.3	18.0
Colombia 1986	2.6	4.7	3.2	59	112	73	21.6	20.8	19.6	29.3	20.9	52.4	1.7	12.3	35.2	23.7
Colombia 1990	2.5	3.6	2.8	63	90	70	22.6	21.5	20.2	33.1	29.2	54.6	2.9	11.5	33.9	26.1
Colombia 1995	2.5	4.3	3	74	137	89	22.4	21.6	19.5	33.8	40.6	59.3	4.3	12.9	27.8	33.7
Colombia 2000	2.3	3.8	2.6	71	134	85	21.8	21.4	18.8	36.8	43.7	64.0	6.1	12.9	23.1	34.7
Colombia 2005	2.1	3.4	2.4	79	128	90	21.6	21.8	17.9	41.6	48.7	68.2	7.1	10.0	21.8	40.4
Guatemala 1987	4	6.4	5.5	90	159	134	19.7	18.5	18.4	28.8	3.3	19.0	1.2	4.2	76.8	30.4
Guatemala 1995	3.8	6.1	5.1	99	148	126	20.2	19.1	18.4	29.0	7.0	26.9	2.2	4.5	68.6	28.2
Guatemala 1998/99	4.1	5.8	5	86	139	117	20.2	19.2	18.6	28.8	11.0	30.9	2.3	7.3	61.8	32.6
Haití 1994/95	3.3	5.9	4.8	58	92	76	21.9	20.5	18.7	30.4	8.3	13.2	2.6	4.7	82.0	54.0
Haití 2000	3.4	5.8	4.7	66	108	86	21.9	20.6	18.0	30.4	7.0	22.8	2.9	5.2	71.9	-
Nicaragua 1997/98	2.9	5	3.6	109	167	130	19.8	18.3	18.2	30.4	23.0	57.4	2.6	3.0	39.7	40.6
Nicaragua 2001	2.6	4.4	3.2	99	153	119	19.6	18.1	17.8	34.2	20.8	66.1	3.3	2.5	31.4	34.6
Perú 1986	3.1	6.3	4.1	54	138	79	21.4	21	19.3	28.3	14.5	23.0	0.7	22.7	54.2	25.9
Perú 1992	2.8	6.2	3.5	41	141	61	22.1	21.8	19.7	30.6	22.6	32.8	2.8	26.2	41.0	27.0
Perú 1996	2.8	5.6	3.5	55	139	75	21.9	21.3	19.3	33.0	26.0	41.3	4.4	22.9	35.8	35.4
Perú 2000	2.2	4.3	2.8	45	118	66	22.2	21.9	19.3	36.9	26.4	50.4	5.6	18.5	31.1	37.3
Perú 2004	2	3.6	2.4	47	100	61	22.9	22.9	19.4	42.7	30.9	46.7	8.6	23.8	29.5	34.6
Rep. Dominicana 1986	3.1	4.8	3.7	86	126	100	21.2	19.3	18.9	26.8	15.0	46.5	1.4	3.3	50.2	43.3
Rep. Dominicana 1991	2.8	4.4	3.3	71	123	88	21.7	19.8	19.9	28.5	24.2	51.7	1.2	4.7	43.6	42.4
Rep. Dominicana 1996	2.8	4	3.2	87	160	112	21.2	19.4	18.9	29.0	28.3	59.2	1.4	4.4	36.3	45.3
Rep. Dominicana 1999	2.5	3	2.7	87	118	97	21.1	19.3	18.7	31.4	22.5	64.1	0.9	5.2	30.8	50.1
Rep. Dominicana 2002	2.8	3.3	3	104	145	116	20.5	19	18.2	33.9	30.9	65.8	1.3	4.0	30.2	53.0

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STAT compiler. <http://www.measuredhs.com>.

Como resultado de este primer análisis, es evidente que la situación latinoamericana es bastante heterogénea. Tenemos de esta forma que algunos indicadores muestran tendencias muy dispares, como es el caso específico de la tasa de fecundidad y los indicadores de calendario. Otros indicadores —a pesar que presentan intensidades diferentes— muestran tendencias parecidas, como el aumento del intervalo intergenésico, aumento en el uso de anticonceptivos y el aumento de las uniones consensuales. Todos estos indicadores poco o nada dicen sobre la relación que tienen con la pobreza y su evolución temporal, siendo exactamente esta dirección la que nuestro análisis pretende ahondar.

3. Datos y Metodología

En función de los objetivos de este trabajo, se utilizaron los datos de las Encuesta de Demografía y Salud (Demographic Health Survey —DHS—) para 4 países de América Latina: Bolivia, Colombia, Perú³ y República Dominicana —dos años de aplicación, una en las décadas de 1990 y una en el 2000—.

Para evaluar la relación entre comportamientos sexuales y reproductivos y pobreza se utilizarán en un primer momento análisis de tipo bivariado, que apuntan a definir las tendencias de los principales indicadores. En una segunda fase del trabajo, se utilizarán análisis de tipo multivariados (regresiones lineales y logísticas) para la definición de los determinantes de algunos comportamientos sexuales y reproductivos.

En base a la relación que se está estudiando, es extremadamente importante definir en modo claro los indicadores que caracterizan el nivel socioeconómico del individuo. Generalmente las tres variables que se utilizan son: el estatus económico, el nivel de educación y el lugar de residencia.

En este estudio se ha decidido considerar el estatus económico del individuo directamente asociado a su lugar de residencia, es decir, el indicador de estatus económico está construido diferencialmente en función del lugar de residencia. Esto permite no sólo tener bajo control simultáneamente tanto el lugar de residencia como el nivel socioeconómico de la familia, sino también, eliminar el problema del cálculo de los indicadores de condición económica —como los quintiles de bienestar— sin distinción del área de residencia. La explicación para tal determinación obedece, a que muchas condiciones que en zonas urbanas son consideradas de fácil acceso para todos los quintiles (equipamiento básico de alcantarillado, luz eléctrica, etc.), en las zonas rurales si marcan una diferencia sustantiva entre grupos socioeconómicos.

La medición del estatus económico del hogar se basa en buena parte sobre la definición de las necesidades básicas insatisfechas (NBI). Esto porque no existen información en las DHS sobre el ingreso del hogar, y por el otro lado, el uso de las NBI permite considerar la componente multidimensional de la pobreza, por lo menos por el lado de los recursos (CEPAL, 2006). Así se ha considerado un “indicador de activos” (Gwatkin, Rustein et al., 2000).

Los indicadores utilizados para la construcción de los quintiles de bienestar —cuando están disponibles— son los siguientes activos del hogar: i) electricidad; ii) radio; iii) televisión, iv) refrigerador; v) teléfono; vi) teléfono celular; vii) computador; viii) auto; ix) pieza especial para cocinar, x) tierra agrícola de propiedad; xi) número de personas por pieza; xii) fuente de agua potable; xiii) tipo de servicios sanitarios; xiv) material del piso; xv) material del muro y, xvi) material del techo.

Es importante especificar que el indicador no está definido y construido de igual forma para todos los países y los años; cada año y país incluye el máximo de los activos disponible.

³ Los datos para Perú 2004 se refieren al primer ciclo de entrevista (alrededor de 6600 hogares)

Nuevamente esta decisión está motivada por el hecho que entre una encuesta y la siguiente el valor de algunos activos disminuye y su presencia/ausencia no es tan determinante como en el primer año de observación. Así, por ejemplo, si en los años noventa la propiedad de un computador no distinguía los niveles (porque todavía su difusión no había empezado), en el 2000 el valor de este activo es sin duda relevante para evaluar el nivel económico del hogar.

Los pesos relativos de los activos están estimados por medio de un análisis en componentes principales (ACP), mediante el cual se transforman una serie de variables dependientes, en una serie de variables independientes (componentes), que son una transformación lineal de las variables originales. A nivel de hogar, se consideran los activos y por medio de la ACP se calculan los *factor coefficient score* de la primera componente. Los valores obtenidos se estandarizan (restando a cada puntaje obtenido por cada activo la media del activo mismo y dividiendo por su desviación estándar y se multiplica por el *factor coefficient score*). Cada hogar tendrá un puntaje estandarizado por cada activo, lo que permite sumando todos los puntajes, obtener el valor del indicador económico del hogar. Ordenados los hogares se pueden calcular los quintiles de bienestar⁴ y atribuirlos a cada individuo del hogar. Como se observa en el Cuadro 3, las mujeres presentan una distribución bastante homogénea por quintil⁵.

Cuadro 3. Distribución de las mujeres por quintil de bienestar

	Bolivia				Colombia				Perú				Rep. Dominicana			
	1994 R	1994 U	2003 R	2003 U	1995 R	1995 U	2005 R	2005 U	1996 R	1996 U	2004 R	2004 U	1996 R	1996 U	2002 R	2002 U
Q1	20.6	18.4	18.8	17.3	18.2	18.8	19.5	19.6	19.7	17.0	18.4	18.4	16.7	16.2	13.8	16.9
Q2	16.8	20.3	19.1	18.4	18.3	19.7	18.9	20.0	17.2	19.4	16.9	19.9	17.9	18.5	17.5	19.2
Q3	18.6	19.9	18.5	19.9	20.3	20.3	19.8	20.0	20.0	20.4	18.9	20.8	19.7	20.6	20.3	20.8
Q4	20.1	19.1	20.2	21.5	20.7	21.5	21.0	22.4	20.2	21.6	22.2	21.9	20.7	22.9	23.1	22.2
Q5	23.9	22.3	23.4	23.0	22.5	19.6	20.9	18.0	22.9	21.7	23.5	19.0	25.1	21.8	25.3	21.0

Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

La importancia de la variable educación en caracterizar el estatus socio-económico y en influir directamente en los comportamientos reproductivos, está ampliamente discutida en literatura (Castro Martín y Juárez, 1995). Para el análisis descriptivo, se considerará en su forma más desagregada, es decir, en 5 categorías: sin educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y superior. Esto se debe a los posibles efectos de la entrada de la mujer a un nivel educativo en su conducta sexual y reproductiva.

4. Patrones emergentes en América Latina y Caribe y su relación con la pobreza: el caso de Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana

a. La Tasa Global de Fecundidad

Como hemos señalado en párrafos anteriores, la TGF disminuye constantemente en todos los países y en las distintas áreas (urbano/rural) de cada país. Pero surge la pregunta ¿La caída de la fecundidad sigue el mismo patrón en todos los grupos socio-económico?

⁴ En el caso del modelo presentado por el World Bank (2000) los quintiles se calculan a nivel individual más bien que a nivel de hogar. Los quintiles en nuestro caso han sido calculados sobre los hogares porque según nuestro punto de vista el nivel socioeconómico del hogar afecta a todos los individuos que viven en el hogar y la pobreza está estrictamente relacionada con el hogar más que con el individuo.

⁵ El análisis del número medio de años de estudio por quintil y edad confirma la capacidad de discriminación de los quintiles calculados.

En el Gráfico 1 puede verse los valores de la TGF según quintil de bienestar y área de residencia. En general, la TGF disminuye en la medida que aumenta el grupo económico de pertenencia, lo que confirma la existente relación entre pobreza y altos niveles de fecundidad.

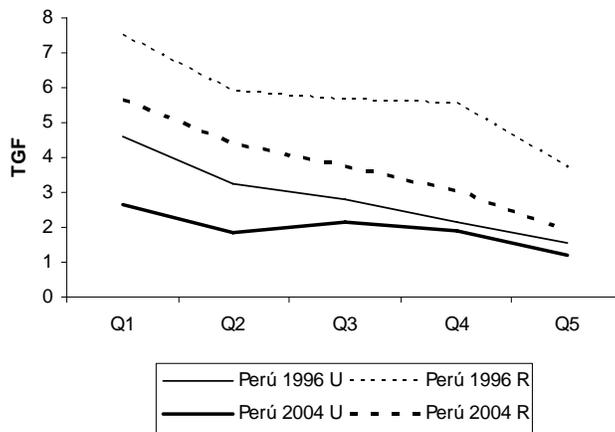
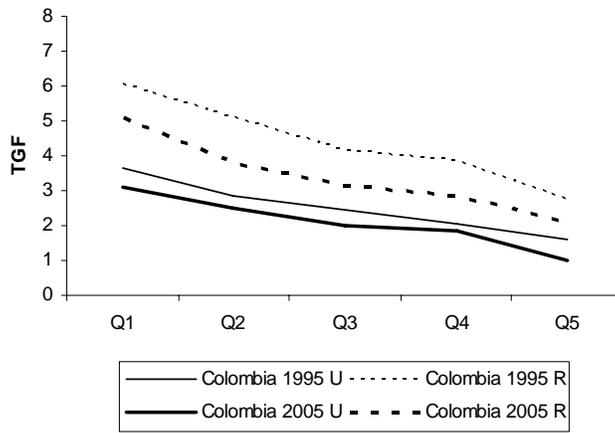
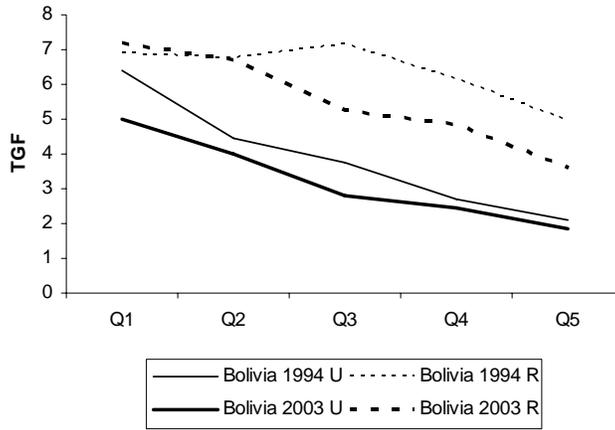
En el caso de Bolivia, lo que se observa es que en relación a 1994 la brecha entre área urbana y rural crece, la que aumenta en la medida que se avanza en los niveles estratos socio-económico. En el caso del primer quintil en los datos de 1994, la diferencia de la TGF entre zonas urbanas y rurales es pequeña, la que tiende a aumentar desde el segundo quintil, la que se mantiene constante en los siguientes tramos socioeconómicos. En comparación con los datos de 2003, la brecha entre zonas rurales y urbanas aumenta en el primer quintil, la cual se mantiene constante en los siguientes quintiles. A la luz de estos datos, en los años noventa, los sectores pobres, tanto urbanos como rurales, no muestran grandes diferencias respecto de la estructura y comportamiento reproductivos. Una posible explicación que podría esgrimirse — en función de la vulnerabilidad y precariedad de los pobres urbanos— es la importancia del peso de la población rural migrante temprana a zonas urbanas, lo que tiende a acercar las condiciones de vida de la pobreza urbana a las de la pobreza rural. Si en el 1994 el quintil urbano más rico presentaba un nivel de la TGF igual al nivel de reemplazo, al 2003 el mismo quintil ya presenta un valor de la TGF de 1.84.

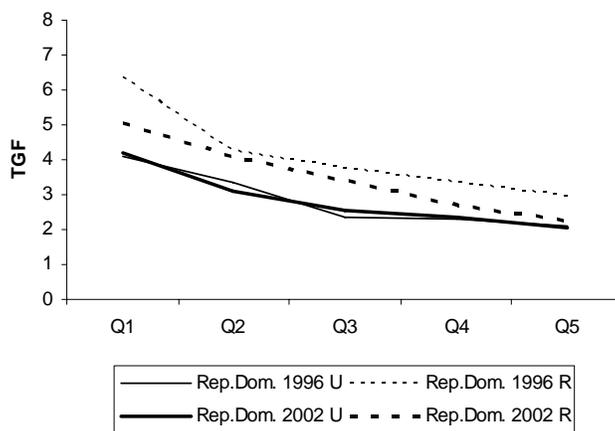
En el caso de Colombia, la relación entre fecundidad y nivel socio-económico del hogar es mucho más clara. La evolución entre el 1995 y el 2005 muestra la caída de la fecundidad en todos los quintiles y zonas de residencia —pero más agudo en el área rural. En 1995 el cuarto y el quinto quintil presentan un nivel de fecundidad bajo el nivel de reemplazo (2.03 y 1.58 respectivamente) en área urbana; al 2005 la intensidad de la fecundidad baja notablemente en área urbana, donde llega a ser de 1 hijo promedio por mujer en el quintil más alto (1.98 en el tercer quintil y 1.85 en el cuarto) y ya se observa un nivel de 2.1 hijos por mujer en área rural en el estrato socio-económico más alto.

En Perú se aprecia una disminución en la TGF en todos los quintiles y zonas de residencia. Al momento de analizar la capacidad de discriminación de las variables socioeconómicas respecto del comportamiento reproductivo, encontramos que los quintiles centrales (Q2, Q3 y Q4) no marcan diferencias en los casos de las zonas rurales 1996 y zonas urbanas 2004. en el caso de las áreas urbanas en el 2004, se observan niveles de fecundidad muy bajos —el único quintil que se sitúa sobre el nivel de reemplazo es el más pobre con un valor de la TGF de 2.66—, lo que indica un comportamiento de baja fecundidad difundido entre los diferentes grupos socioeconómicos.

El último caso es el de República Dominicana, a nivel nacional se observaba una mínima variación en la TGF (ver Cuadro 2). El análisis de la fecundidad por nivel socio-económico confirma la ausencia de variaciones importantes entre 1996 y 2004 en el área urbana, mostrando una ligera disminución en área rural en el mismo período. Pero la relación entre estratos socioeconómicos, se presenta clara respecto de los comportamientos reproductivos. Tanto en el 1996 como en el 2004, únicamente el quintil más alto del área urbana presentaba un nivel de fecundidad ligeramente inferior al nivel de reemplazo (2.09 y 2.06 respectivamente).

Gráfico 1. Tasa global de fecundidad por quintil de bienestar





Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

En conclusión, lo que se observa es una relación inversa, más o menos fuerte, entre alta fecundidad y quintil de bienestar, relación que se mantiene en el tiempo en todas las áreas caracterizadas principalmente por niveles de fecundidad arriba del nivel de reemplazo —se observa levemente atenuado en las diferencias en el caso de niveles de fecundidad muy bajos. Al mismo tiempo, se nota una tendencia a la disminución de la TGF en todos los quintiles, además de observarse un proceso de difusión del comportamiento de baja fecundidad que empieza, obviamente, por los quintiles más altos urbanos para después extenderse hacia los quintiles más bajos de la misma área y luego a los del área rural.

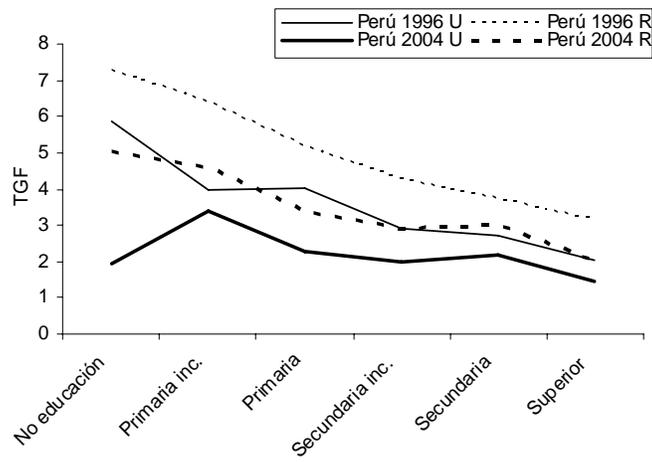
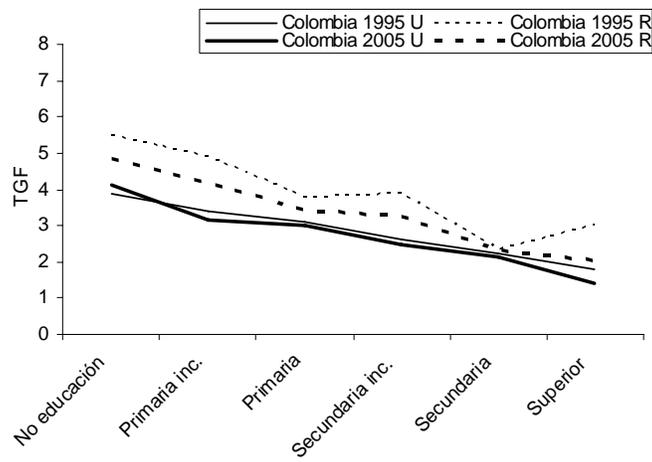
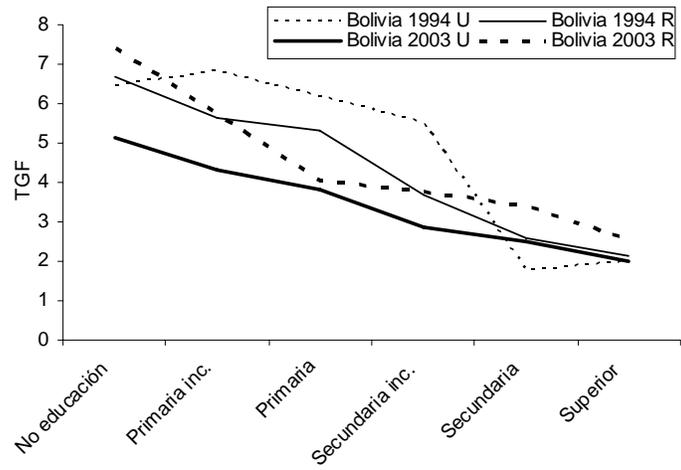
La relación entre nivel de educación y TGF muestra, en general, una relación negativa (Gráfico 2). En Bolivia se observa en los años 90 el efecto del nivel de educación sobre la fecundidad —en especial el nivel secundario incompleto para el área rural y primario completo para zonas urbanas— marcando un punto de inflexión. Si observamos el comportamiento en el año 2003, se aprecia una caída de la fecundidad en niveles educativos más bajos.

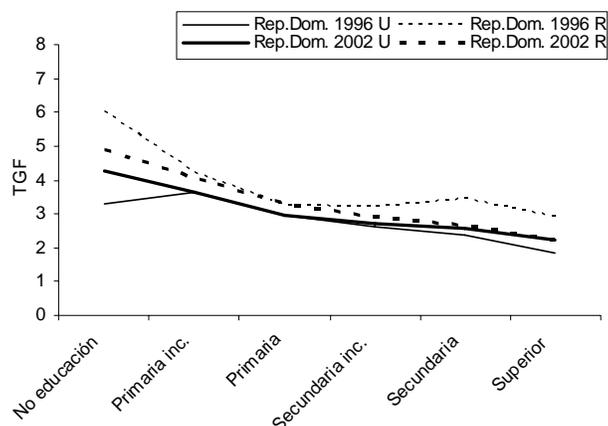
En el caso de Colombia, al igual que en el análisis por quintiles socioeconómicos, no se evidencia diferencias fuertes en términos de zona de residencia como por niveles educativos, excepción de una pequeña diferencia entre 1995 y 2005 en las zonas rurales.

Perú presenta una situación particular respecto de los países analizados, en tanto el nivel educativo más bajo (sin educación) en área urbana, muestra una TGF inferior a los niveles educativos superiores. Este fenómeno es muy común en sociedades que presentan un nivel de estudios medio-alto, como es el caso de Perú, donde el 66% de las mujeres cuentan con estudios secundarios completos o superiores (siendo las mujeres que no reciben educación aquellas que por algunas razones, preferentemente por razones de salud, resultan ser subfecundas).

En el caso de República Dominicana se observa una baja discriminación entre áreas y entre niveles de estudio (a excepción de los niveles más bajos), indicador nuevamente de comportamiento reproductivos bastantes homogéneos entre grupos.

Gráfico 2. Tasa global de fecundidad por nivel de educación





Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Concluyendo, el grado de escolaridad discrimina respecto de los niveles de fecundidad, pero el grado de discriminación es diferente en cada país, dependiendo del nivel de nacional de escolaridad. Además, en general no se observan variaciones importantes entre un año de observación y el otro.

b. La Fecundidad Adolescente

El tema de la fecundidad adolescente sigue siendo un tema clave de la demografía latinoamericana por su patrón único en el mundo. Si en las últimas décadas se ha observado una disminución sistemática de la TGF en los países de América Latina y el Caribe, no puede decirse lo mismo de la fecundidad adolescente, la que en varios países ha ido en aumento, así como su contribución relativa a la TGF (Rodríguez, 2005; Gupta y Leite, 1999). Las madres adolescentes están caracterizadas por niveles de vulnerabilidad social, emocional y de salud más altos (McAnarney y Hendee, 1989; Naciones Unidas, 1989; Buvinic y Kurtz, 1997; WHO, 1995; Bledsoe y Cohen, 1993; Flórez y Núñez, 2002; Lipovsek et al., 2002; Kohler, Behrman y Skytthe, 2005; Di Cesare y Rodriguez, 2006) y su posición en la sociedad resulta en muchos casos comprometida. Adicionalmente, se observa en algunos casos un aumento del riesgo de ser madre adolescente en condiciones de soltería o unión precaria (Guzmán y otros, 2001; Buvinic, 1998; McDevitt y otros, 1996), lo que podría generar un proceso de crianza con una triple desventaja (precoces, pobres y con ausencia del progenitor).

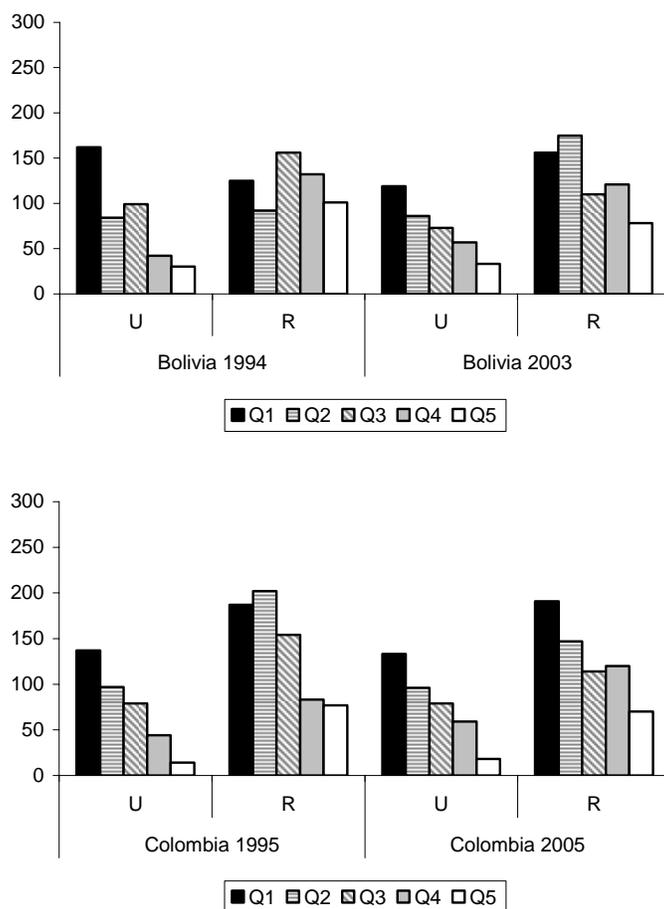
Considerando únicamente la tasa específica de fecundidad adolescente y distinguiendo por nivel económico (Gráfico 3), se observa en Bolivia —tanto en el 1994 como en el 2003— una desventaja del área rural en comparación con el área urbana (a excepción del primer quintil en el año 1994), lo que evidencia que las dos áreas se caracterizan por comportamientos muy diferentes en el mismo quintil económico. Las tendencias en el tiempo no parecen sugerir una disminución difundida de la tasa específica de fecundidad. Lo que se observa es que por un lado el área rural en el primer año de observación está caracterizada por un modelo de fecundidad temprana que pertenece tanto a los quintiles más pobres como a lo más ricos, modelo que parece experimentar un cambio al 2003, donde los quintiles más rico se caracterizan por niveles más bajos de fecundidad adolescente. Por el otro, el área urbana se caracteriza por un aumento —entre el 1994 y el 2003— de la tasa específica de fecundidad en los quintiles más rico, aunque la fecundidad adolescente sigue siendo mucho más alta entre los pobres. Este resultado evidencia como la fecundidad adolescente se caracteriza hoy no solo como un comportamiento tradicional en área rural, sino también, como un comportamiento nuevo del área urbana.

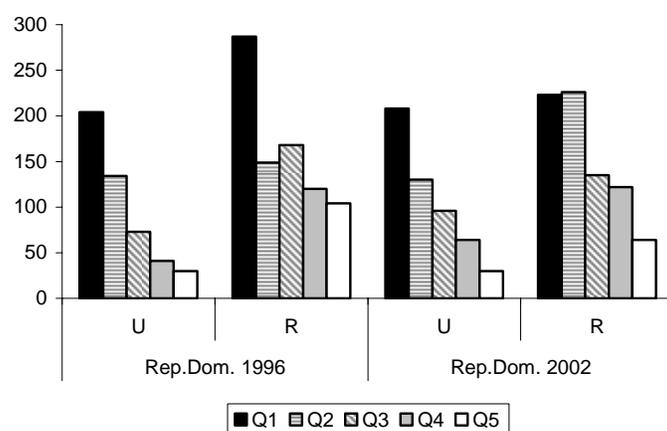
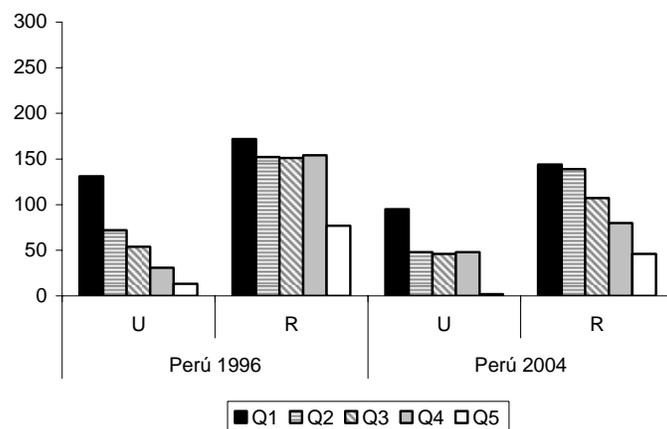
En Colombia se aprecia una relación más clara entre condición económica y fecundidad adolescente, y nuevamente se observa un aumento de la tasa entre el 1995 y el 2005 en los quintiles más altos del área urbana.

El caso de Perú muestra una disminución de la fecundidad adolescente en todos los quintiles, a excepción del cuarto quintil en área urbana en el 2004. En general, no se observan diferencias importantes en el segundo, tercero y cuarto quintil en 1996 en área rural y en el 2004 en área urbana.

República Dominicana muestra un aumento apreciable en la tasa específica de fecundidad del tercer y cuarto quintil en área urbana (el quintil más alto se mantiene constante) y nuevamente la diferencia entre áreas no es tan evidente como en los otros tres países.

Gráfico 3 – Tasa específica de fecundidad 15-19 por quintil de bienestar

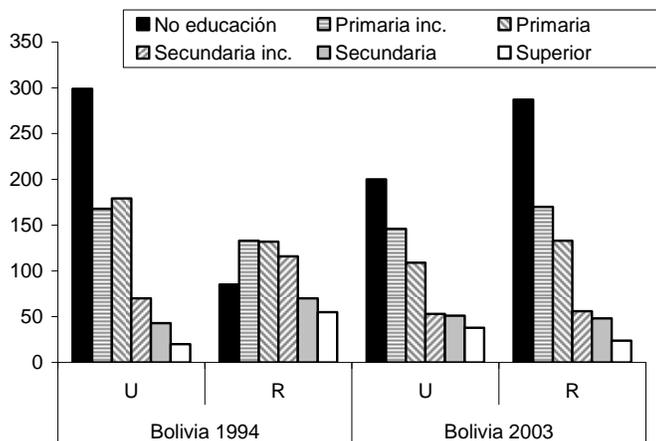


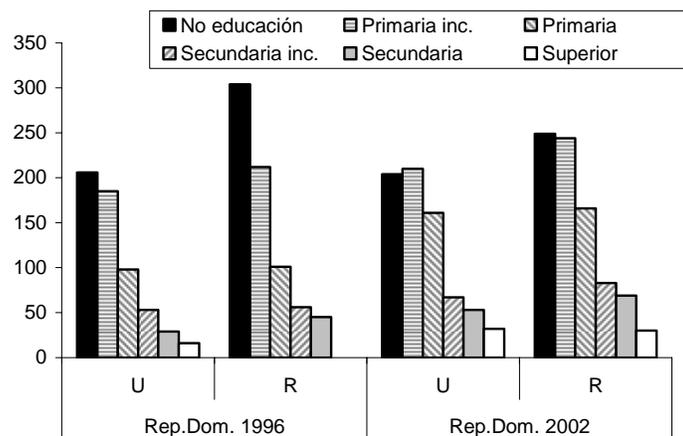
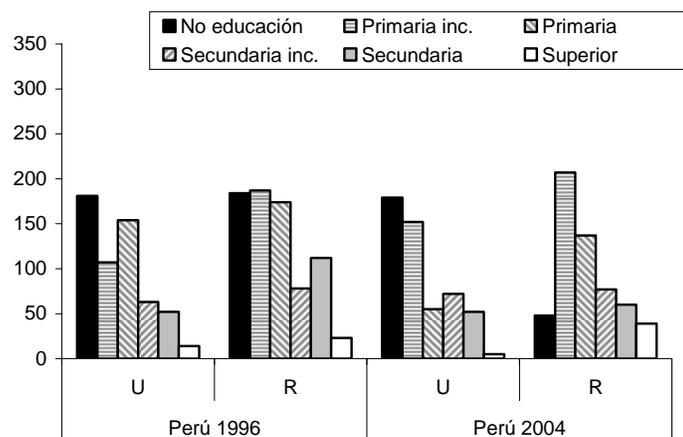
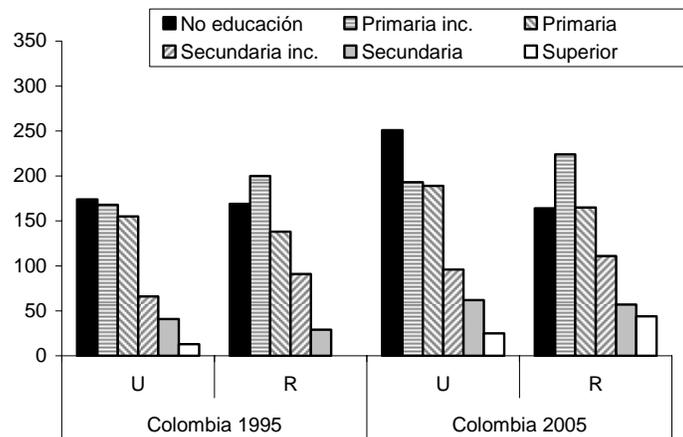


Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

La misma fecundidad adolescente observada por nivel de educación (Gráfico 4) muestra sin duda una relación inversa entre nivel escolar y la fecundidad adolescente, pero al mismo tiempo, se observa en todos los países un difundido aumento de la fecundidad adolescente en casi todos los niveles de educación.

Gráfico 4 – Tasa específica de fecundidad 15-19 por nivel de educación





Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

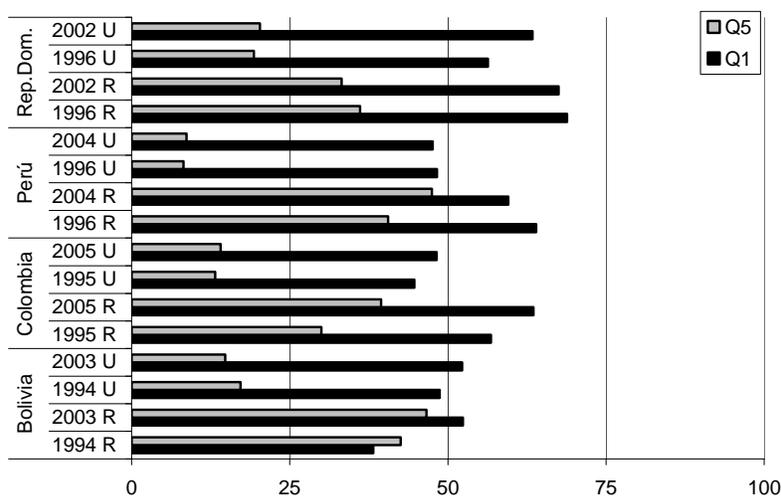
En conclusión, lo que se observa en términos de fecundidad adolescente es una relación clara entre pobreza (definida tanto por medio de los quintil de bienestar como por nivel de escolaridad) y fecundidad adolescente. Lo que se evidencia es un nuevo patrón de fecundidad adolescente, que en parte deja su modelo tradicional de áreas rurales, para entrar a ser parte de la realidad urbana, que en un primer análisis puede interpretarse, como un cambio en los comportamientos reproductivos conectado con el proceso de secularización valórica que ha expandido los horizontes de las prácticas sexuales, el que no ha ido aparejado a un mayor acceso a la información y a los medios de control de la fecundidad.

La tasa de fecundidad adolescente sufre de un problema de truncamiento, y por esta razón, se analiza un indicador mucho más simple que es la proporción de mujeres que han sido madres antes de los 20 años.

Considerando únicamente las mujeres que al momento de la entrevista tenían entre 25-29 años, se observa en Bolivia, Colombia y República Dominicana un aumento entre los años de observación de la proporción de mujeres que son madres antes de los 20 años, tanto en área urbana (respectivamente 4%, 23%, 24%) como en el área rural (en Bolivia del 19%, en Colombia del 14% y en República Dominicana se mantiene constante); mientras que en Perú se observa una disminución en área urbana (22%).

El análisis del Gráfico 5, en el que se consideran sólo los dos quintiles extremos (Q1 y Q5), muestra como el quintil más alto presenta constantemente valores inferiores al quintil más bajo (con la única excepción de Bolivia 1994 en el área rural). El área urbana se caracteriza por presentar niveles más bajos del indicador que el área rural, donde se observan hasta valores superiores al 50%. La evolución entre la primera y la segunda encuesta muestra una tendencia a un ligero aumento tanto en el quintil más alto como en el más bajo.

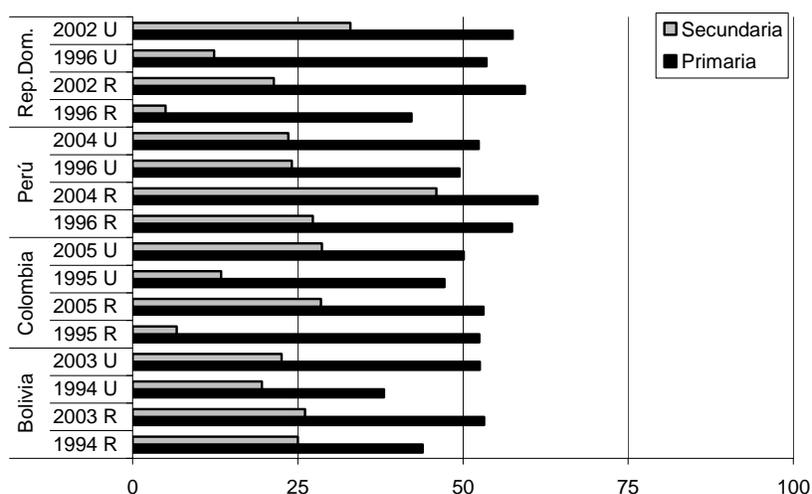
Gráfico 5 – Proporción de mujeres que han tenido su primer hijo antes de los 20 años por el quintil más alto (Q5) y más bajo (Q1), cohorte 25-29 años



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

De igual manera, la distribución de las mujeres madres antes de los 20 años por nivel de estudio (Gráfico 6), muestra una clara desventaja de las mujeres con nivel de estudio primario en comparación con las mujeres con nivel de estudio secundario, aun cuando nuevamente se aprecia una ligera tendencia al aumento de la fecundidad adolescente independientemente del nivel del estudio. Entonces, si por un lado el sistema escolar tiene un efecto protector indudable, por el otro lado su efecto en la caída de la fecundidad adolescente parece estar experimentando una mitigación en los últimos años.

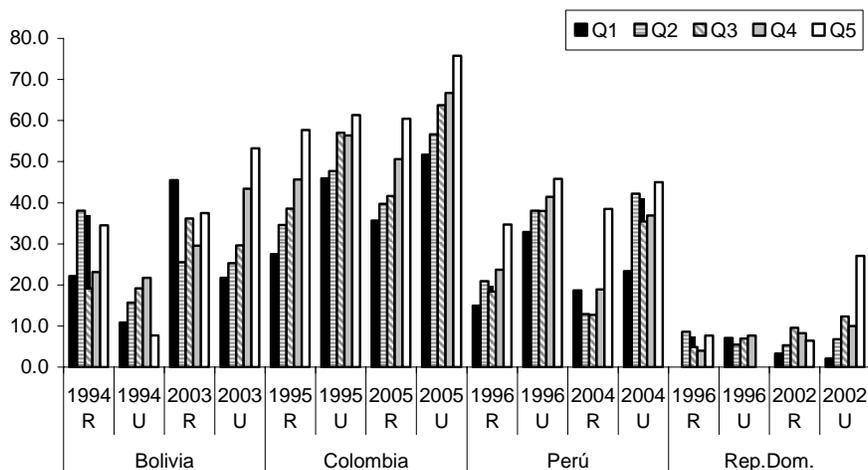
Gráfico 6 – Proporción de mujeres que han tenido su primer hijo antes de los 20 años por nivel de educación (primaria y secundaria), cohorte 25-29 años



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Al mismo tiempo, se evidencia un aumento en la proporción de adolescentes que tienen hijos en condición de soltería. Como se observa en el Gráfico 7, efectivamente la proporción de madres adolescentes solteras aumenta desde un año de observación a otro. Lo que resulta extremadamente interesante es que la proporción aumenta en todos los países, siendo más preponderante en los niveles socioeconómicos altos, lo que significa que la condición de madre adolescente soltera caracteriza los grupos socioeconómicos más altos. Este resultado tiene un valor muy importante, porque por un lado la condición de soltería puede ser interpretada como una condición de mayor vulnerabilidad, y por otro lado, puede ser entendida como la función de protección social que efectúa la familia hacia las muchachas madres solteras. O sea, en los grupos socio-económicos más altos la disponibilidad familiar (tanto en termino económicos como emocionales) para hacerse cargo de la madre y del bebé evita que la muchacha entre en una unión antes de ser suficientemente madura para hacerlo. De esta forma se mitigan los riesgos relacionados con uniones tempranas y obligadas (por las condiciones contextuales más bien que por las decisiones individuales).

Gráfico 7 – Porcentajes de madre adolescentes solteras por quintil



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

c. *Los Tres Hitos*

Los indicadores de edad a la primera relación sexual, de edad a la primera unión y de edad al primer hijo definen en modo global el calendario relacionado con la esfera del privado de cada individuo.

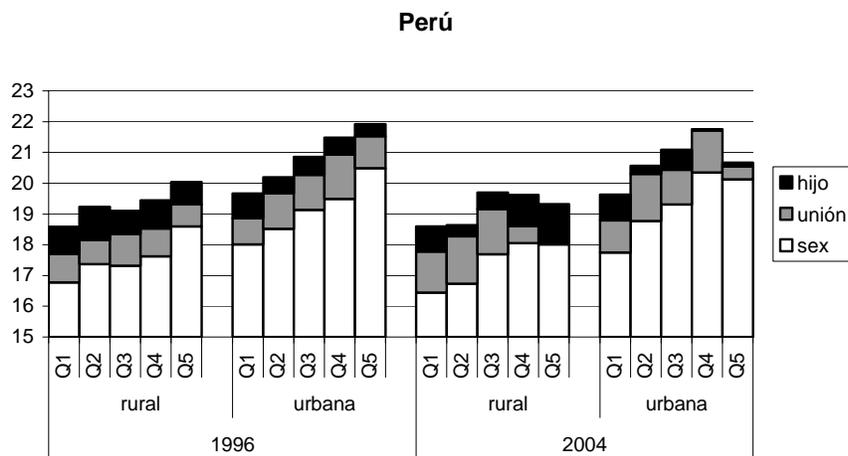
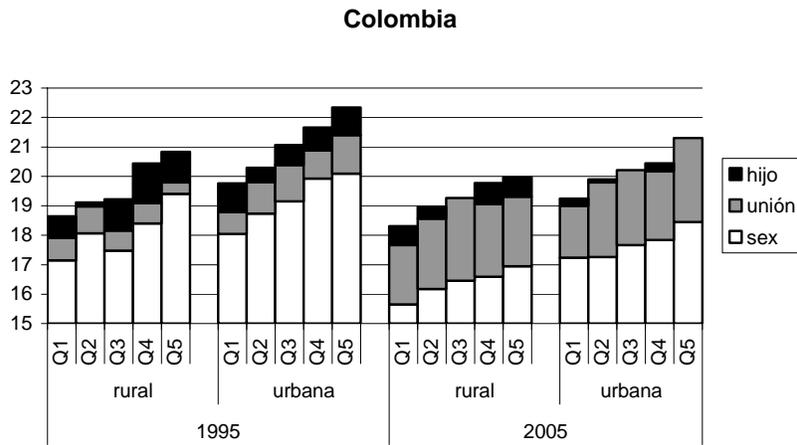
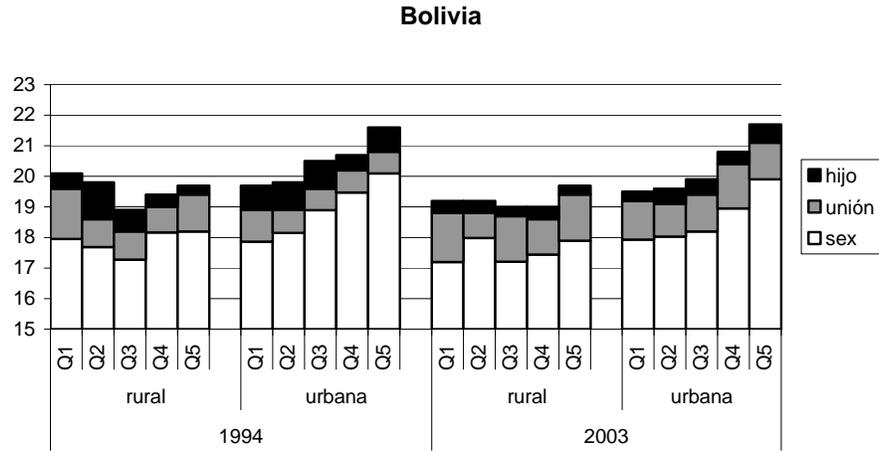
La iniciación sexual representa el verdadero momento de exposición al riesgo de embarazo (así como el principio del intervalo de exposición a ETS), ya que a una más temprana iniciación mayor es el tiempo de exposición. No solo eso, representa un hito en el desarrollo físico y psicológico de un individuo, en tanto el momento en que ocurre y su contexto puede tener efecto de medio y largo plazo sobre el individuo (Singh, Wolf, Samara y Cuca, 2000). Además, la importancia a nivel social de la iniciación sexual hace que este evento sea fuertemente relacionado con la cultura, la religión y los modelos de un país dejando de ser un hecho puramente individual sino más bien social.

La unión (formal o consensual) representa —en muchos países— el contexto primario donde se practica la sexualidad y, en particular, con propósitos reproductivos. Así también es en los países de América Latina (Di Cesare y Rodríguez, 2006). Una iniciación nupcial tardía afecta directamente la fecundidad, porque disminuye el intervalo de tiempo durante el cual la mujer puede tener hijos.

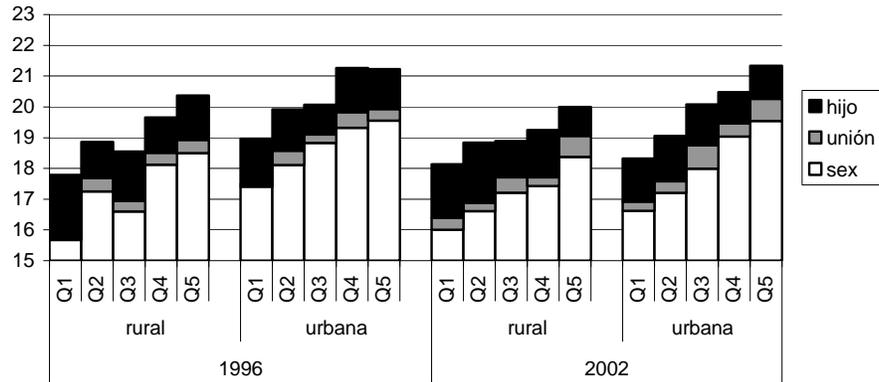
La edad media del primer hijo, a pesar de ser altamente asociada en muchos países en desarrollo con la edad al matrimonio (Hirschman y Rindfuss, 1980) y siendo el matrimonio el lugar privilegiado de realización de la fecundidad, representa un buen indicador de las tendencias reproductivas. La importancia de este indicador no se encuentra solo en el hecho que define el principio del intervalo reproductivo, sino también, porque es un buen indicador del rol social de las mujeres: menor la edad media de la fecundidad menor el intervalo de tiempo que la mujer dedica a su formación educativa y profesional y mayor la probabilidad de asumir el rol de madre como principal actividad. Estudios recientes (Ferrando, 2004) muestran como el área latinoamericana está caracterizada por un patrón reproductivo a edades tempranas.

En los Gráficos 8 y 9 (en los que cada histograma representa contemporáneamente la edad media a la primera relación sexual, unión e hijo) se puede apreciar, del punto de vista de la relación entre comportamientos y pobreza, como el calendario en la mayoría de los casos —Bolivia área rural y Perú 2004 área rural constituyen una excepción— está fuertemente influenciado por las condiciones económica del hogar y el nivel de escolaridad de la mujer. A mejor condición socio-económica, se observa una postergación de los tres eventos. La comparación entre un año de observación y otro, muestra un rejuvenecimiento del calendario en todos los grupos socio-económicos. No solo eso, claramente está emergiendo un nuevo patrón relacionado con la edad a la primera relación sexual: en todos los países analizados se observa una anticipación en la iniciación sexual, lo que consecuentemente se transforma en aumento del intervalo de tiempo de actividad sexual afuera de la unión. Este resultado indica la posibilidad de un aumento, si no se acompaña esta tendencia con una efectiva difusión de los programas de planificación familiar, del riesgo de embarazo afuera de la unión, de embarazo adolescente —de hecho la edad media a la iniciación sexual está constantemente bajo la línea de los 20 años— y de enfermedades de transmisión sexual.

Gráfico 8. Edad media primera relación sexual, primera unión y primer hijo por quintil, cohorte 25-29 años



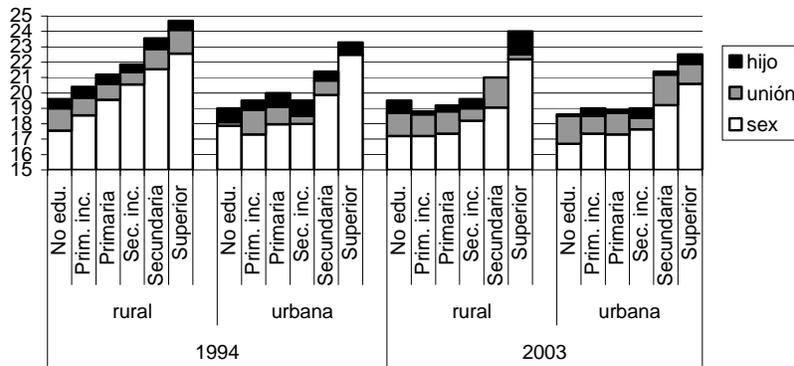
República Dominicana



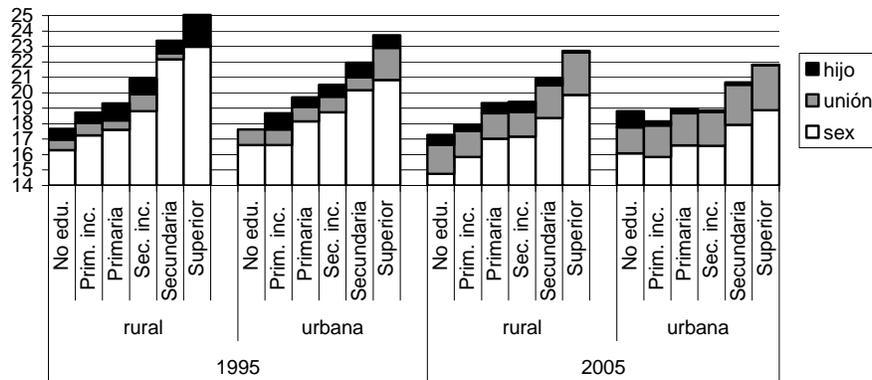
Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Gráfico 9 – Edad media primera relación sexual, primera unión y primer hijo por nivel de educación, cohorte 25-29 años

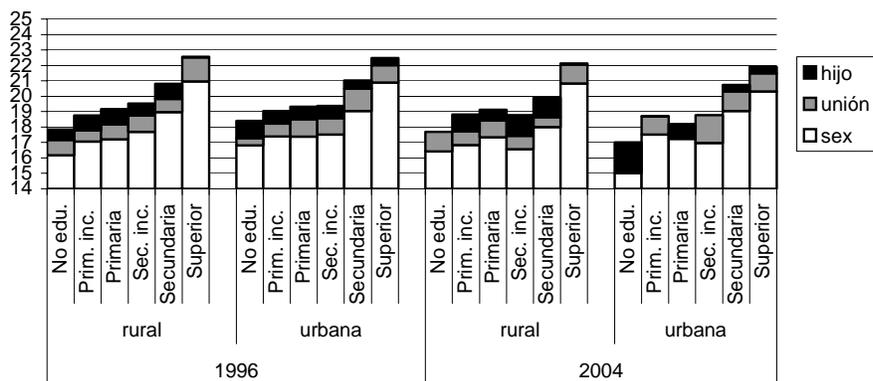
Bolivia



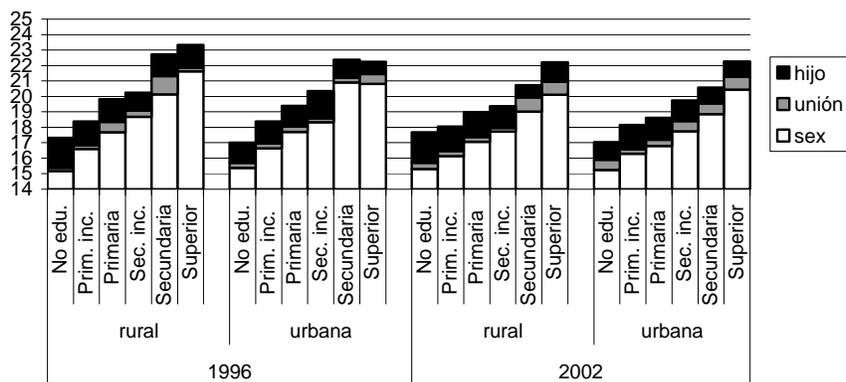
Colombia



Perú



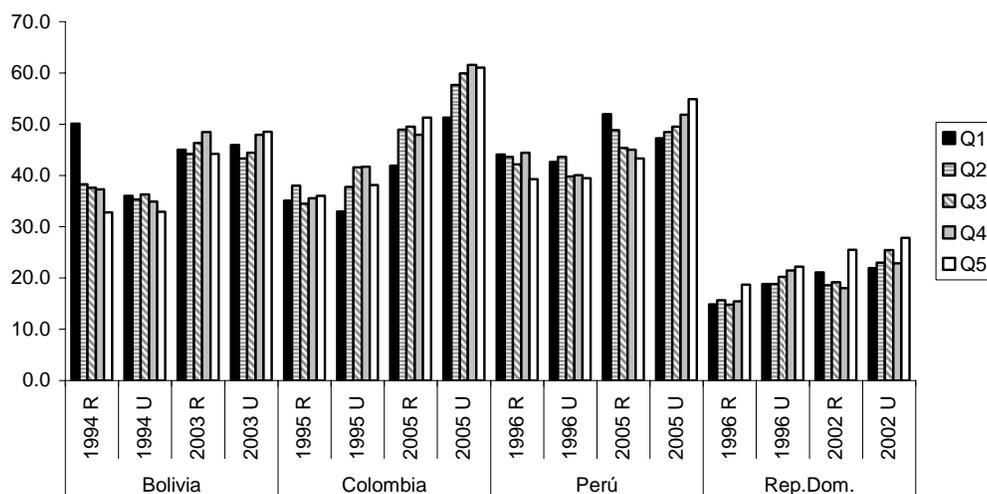
República Dominicana



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Otro elemento interesante es como el patrón se presenta muy parecido entre quintiles, o sea, el intervalo de tiempo entre un evento y el otro se mantiene constante, simplemente se observa una postergación del calendario de los eventos en la medida que se avanza los ingresos del hogar. Sin embargo, se puede apreciar dos modelos muy distintivos entre los países, por un lado Colombia y por el otro República Dominicana. En el primer caso, se aprecia como el intervalo entre el evento de iniciación sexual y el evento de formación de la unión (véase también Gráfico 10) se va ensanchando, al punto que las mujeres viven en promedio 2 años de actividad sexual en condición de soltería. Una vez que se contrae la unión —en particular en el último año de observación— el nacimiento del primer hijo es prácticamente simultáneo. En el segundo caso, se observa como el intervalo de tiempo entre la iniciación sexual y formación de la unión es mínimo, pero transcurre en promedio un año (si no más) entre la formación de la unión y nacimiento del primer hijo. Estos resultados hacen pensar, en el caso de República Dominicana, que existe un comportamiento extendido en todos los grupos socioeconómicos, de formar núcleos familiares no necesariamente vinculados con los propósitos reproductivos (además República Dominicana es entre los países analizados el que presenta el porcentaje más alto de uniones informales). Estos resultados también se constatan en las edades medianas.

Gráfico 10 – Porcentaje de mujeres que han tenido su primera relación sexual afuera de la unión por quintil de bienestar



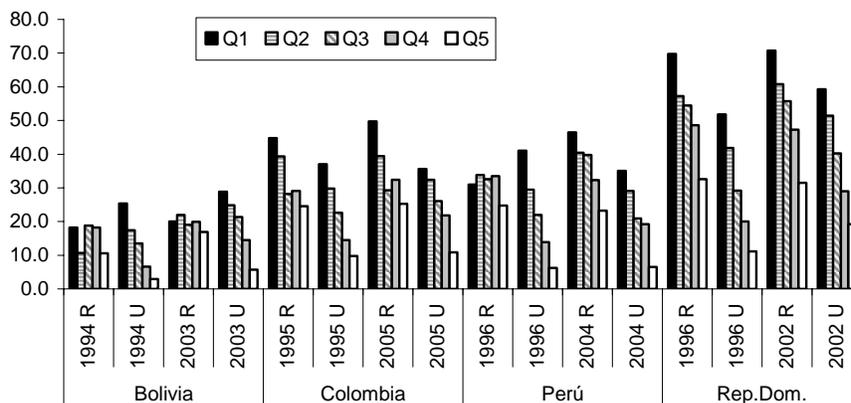
Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

d. Las Uniones Consensuales

En el marco de la segunda transición demográfica, el porcentaje de unión libres se considera como un buen indicador del proceso de secularización y de cambio valórico de un país. Estudios en el área latinoamericana muestran como el origen de las uniones consensuales sigue asentándose en la pobreza y subordinación femenina (García y Rojas, 2002).

Los datos muestran (Gráfico 11) efectivamente una relación inversa entre estrato socio-económico y la convivencia, o sea, a mayor nivel socio-económico menor porcentaje de mujeres en unión libre. Además se puede apreciar una mayor proporción de uniones consensuales en área rural. Esto parece confirmar el resultado de otros estudios según los cuales las uniones consensuales no se relacionan a la modernidad de comportamientos, sino más bien a condiciones de pobreza. Aún así, se puede apreciar (Cuadro 4) un aumento de las uniones consensuales entre los grupos socio-económicos más altos.

Gráfico 11. Porcentaje de mujeres actualmente en unión consensual por quintil de bienestar



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Cuadro 4– Porcentaje de mujeres actualmente en unión consensual por el quintil más bajo (Q1) y el más alto (Q5) y por nivel de educación en área urbana

	Bolivia		Colombia		Perú		Rep. Dominicana	
	1994	2003	1995	2005	1996	2004	1996	2002
Q1	25.4	28.8	37.0	35.6	41.0	35.1	51.8	59.2
Q5	2.9	5.7	9.8	10.9	6.3	6.5	11.1	19.2
Primaria	23.1	26.2	30.6	36.6	31.9	41.5	32.3	47.2
Secundaria	6.1	13.9	14.5	26.9	24.2	21.4	18.3	30.4
Superior	2.7	5.1	8.3	14.4	9.6	13.4	7.6	16.3

Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Este resultado parece sugerir la existencia de un mismo comportamiento, el cual estaría respondiendo a motivaciones distintas (individuales, económicas, y culturales).

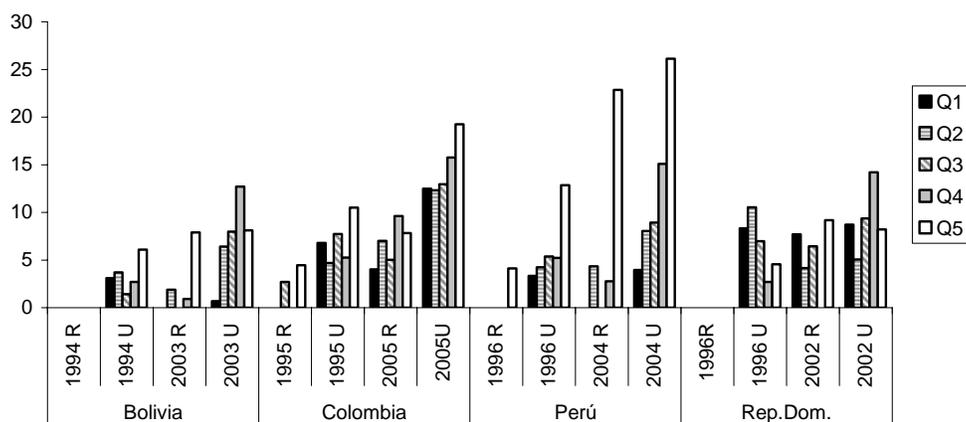
Por un lado, la convivencia no asume en América Latina y en particular en el área Caribeña el mismo significado que se le asigna en los países desarrollados, siendo un comportamiento más bien característico de los grupos socio-económicos más débiles y de las áreas rurales. Por otro lado, parecería difundirse este tipo de comportamiento entre los grupos socio-económicos más altos, los que dejarían el modelo de unión formal (matrimonio) para apropiarse de un modelo familiar menos institucionalizado. En este segundo caso, la unión consensual, cuya sustancia es idéntica a la de los grupos económicamente más pobres, parece ser motivada por razones totalmente distintas.

e. *El uso de Métodos Anticonceptivos*

El “*uso de anticonceptivos*” resulta ser el elemento más importante para explicar el descenso en la fecundidad en las últimas décadas en el mundo y, en particular, en los últimos 30 años en la región (CEPAL/CELADE, 2004; CEPAL, 2004; Bulatao y Casterline, 2001; Guzmán y otros 1996). La importancia del tipo de método utilizado es crucial no sólo como elemento de control de la fecundidad, sino también, de prevención de las ETS. América Latina —así como muchos países en desarrollo— presenta una alta heterogeneidad en el uso de métodos anticonceptivos y una creciente utilización de métodos definitivos, como es el caso de la esterilización (Bay, Del Popolo, Ferrando, 2004). Por esta razón, resulta extremadamente importante analizar no solo la evolución en la prevalencia de métodos anticonceptivos, sino también, la evolución en el uso de métodos específicos, como es el caso del condón (siendo el único método capaz de ser efectivo contra las ETS). Por otro lado, poco se sabe sobre las condiciones reproductivas (paridad) respecto del primer uso de métodos anticonceptivos, elemento crucial si se considera que en muchos casos la contracepción es utilizada de manera sistemática por la mujer solo una vez iniciado o consumado el proceso reproductivo.

Considerando únicamente a las mujeres iniciadas sexualmente, se puede observar (Gráfico 12) entre las solteras una tendencia general al uso extendido del condón como método anticonceptivo. Ahora bien, existen diferencias evidentes entre áreas de residencia debido a una mayor difusión de las informaciones en área urbana, así como a un acceso más fácil a los medios anticonceptivos. La relación entre condición económica y uso de condón no es tan clara en todo los países (véase el caso de República Dominicana) y en otros las diferencias entre estratos económicos define una brecha enorme que hace pensar a una inequidad social en el acceso a este tipo de método (inequidad tanto en relación al conocimiento como a la posibilidad de obtención del método), como en el caso de Perú.

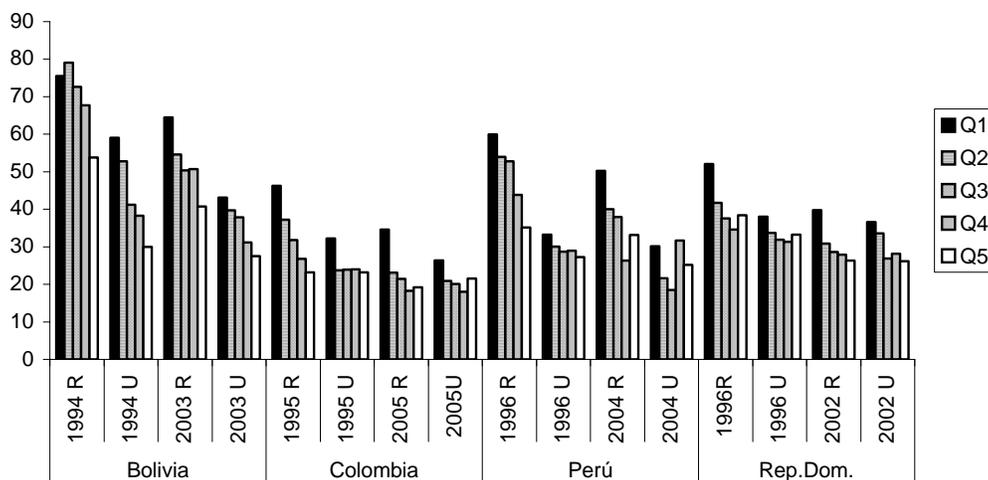
Gráfico 12. Porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente solteras utilizadoras de condones por quintil



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Entre las mujeres unidas se puede apreciar (Gráfico 13) la disminución constante entre las dos encuestas de las mujeres que no utilizan ningún métodos anticonceptivo, además de constatarse como efectivamente las mujeres que pertenecen a los estratos socio-económicos más altos presentan niveles más altos de utilización de métodos contraceptivos que las mujeres de estratos socio-económico más bajos.

Gráfico 13 – Porcentaje de mujeres unidas que no usan métodos anticonceptivos por quintil

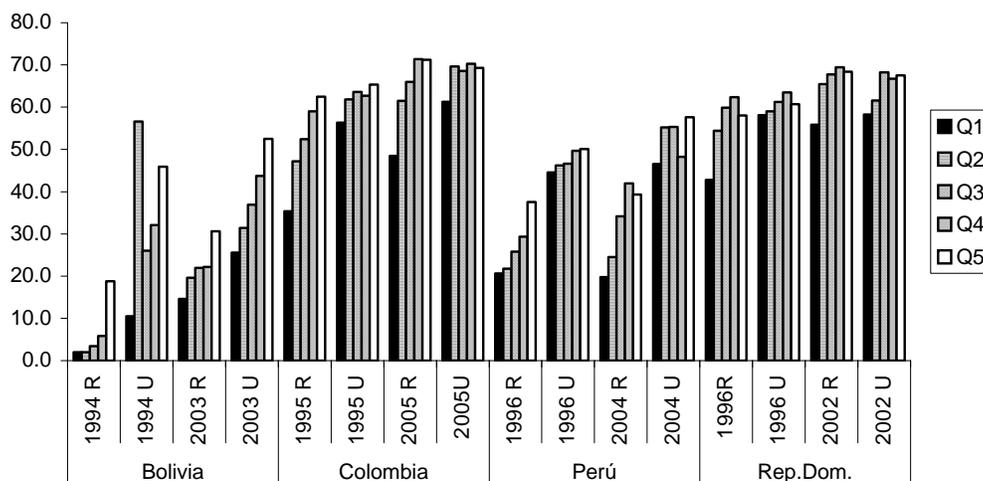


Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

La distribución de las mujeres unidas que más utilizan métodos modernos anticonceptivos (Gráfico 14) evidencia el crecimiento de las utilizadoras de métodos modernos. Sin embargo, las distribución de los tipos de método contraceptivos muestra a dos países —Colombia y República Dominicana— con los porcentajes más altos de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos, siendo el método principal (alrededor del 50% en el primer caso y 40% en el segundo) la esterilización femenina (método capaz únicamente de limitar el numero de hijos y no de distanciarlos, el que además no tiene mayor difusión entre las mujeres solteras y más jóvenes). En el caso de Perú, donde se puede apreciar un menor uso de

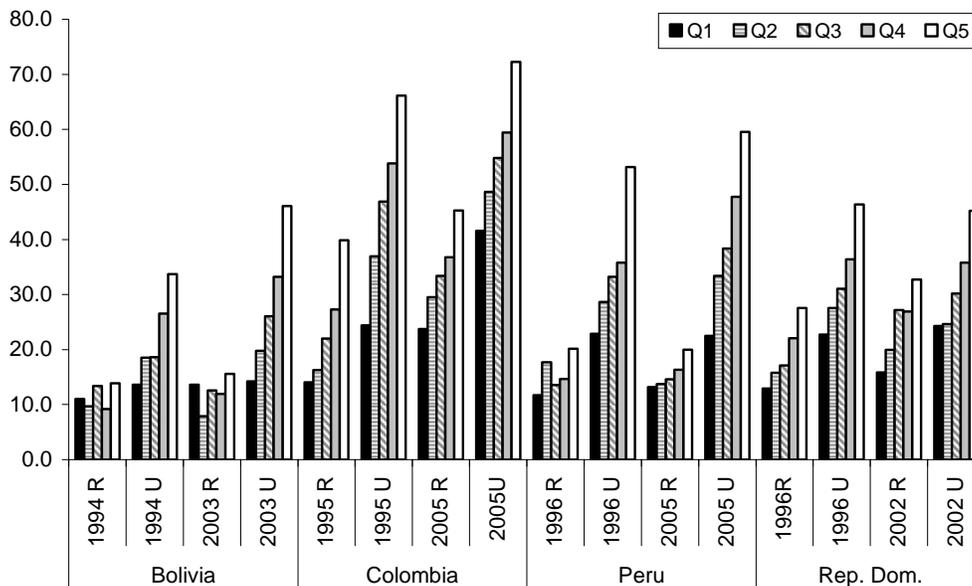
métodos modernos —de todas manera superior al 45% en último año de observación—, el uso de la esterilización es alrededor de un 15%. En el caso de Bolivia, donde el uso de métodos modernos es muy bajo (35% en el 2003), la esterilización presenta una menor difusión (aproximadamente el 10%).

Gráfico 14. Porcentaje de mujeres unidas utilizadoras de métodos anticonceptivos modernos por quintil



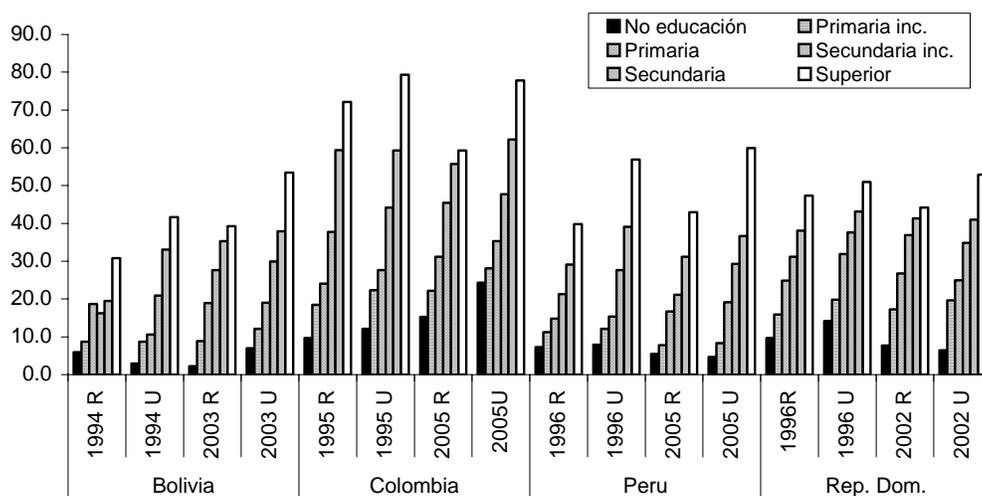
Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Gráfico 15. Proporción de mujeres con paridad 0 al primer uso de anticonceptivos por quintil



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Gráfico 16. Proporción de mujeres con paridad 0 al primer uso de anticonceptivos por nivel de educación



Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Los indicadores presentados se refieren al uso actual de métodos anticonceptivos y no toman en consideración la realidad reproductiva de la mujer. De hecho, la difusión (y el uso) eficaz de los medios anticonceptivos se realiza en el momento en que las mujeres recurren a la planificación familiar desde la primera relación sexual, y que dejen de ser usuarias sólo en el caso en que deseen un hijo. Lo que se observa en muchos casos es que el uso de medios anticonceptivos es subsiguiente al nacimiento de uno o más hijos, lo que en parte hace que una de las variables consideradas como determinante próxima de la fecundidad no intervenga hasta el nacimiento de un hijo. Por esta razón, más que importar el uso actual de medios anticonceptivos, es interesante analizar lo que pasa respecto del uso de planificación familiar antes de tener hijos (Gráfico 15 y 16). Se aprecia, de esta forma, un efecto bien definido respecto del quintil de bienestar como del nivel de estudio: a mayor nivel de escolaridad y mayor quintil, corresponde un porcentaje mayor de mujeres que al primer uso de medios anticonceptivos no tenían hijos. La evolución temporal muestra solo en algunos casos (Bolivia y Colombia) un apreciable aumento de esta proporción.

Entonces no solo las mujeres con nivel socio-económico más altos y residentes en áreas urbana tienen más probabilidad de utilizar métodos modernos, además, es mucho más frecuente que lo hagan en condición de nuliparidad, resultado que evidencia como no parecen disminuir las inequidades en el acceso a los medios anticonceptivos.

En término de evolución del patrón contraceptivo, la última década muestra, por un lado, signos de evolución hacia una mayor difusión de planificación familiar, y por el otro, un aumento debido principalmente a la difusión de la esterilización más que a la difusión de métodos modernos reversibles (píldoras, IUD, condón, etc.).

Los patrones emergentes en relación a los comportamientos sexuales y reproductivos, muestra como para el caso de América Latina y del Caribe no se pueda uniformar el modelo de la segunda transición demográfica, en tanto presenta especificidades típicas de esta área del mundo. No obstante, algunos comportamientos se puede apreciar un proceso de secularización y de cambios valoricos que han sido la base del modelo de la segunda transición demográfica. Además es evidente como la condición socio-económica y el área de residencia de los individuos caracteriza una mayor o menor vulnerabilidad social y que las desigualdades todavía no se han atenuado lo suficiente para que los comportamientos emergentes se puedan considerar uniformemente difundidos en la población.

5. Los Riesgos de la Pobreza

El segundo objetivo de este trabajo se concentra en el estudio detallado de la relación existente entre pobreza y comportamientos sexuales y reproductivos por medio de análisis de tipo multivariados.

El análisis se concentra en tres relaciones: 1) intensidad de la fecundidad y pobreza; 2) maternidad adolescente y pobreza y, 3) exposición a conductas de riesgos de ETS y pobreza.

Para el análisis de la paridez acumulada, ha sido aplicado un modelo de regresión lineal del tipo mínimos cuadrados ordinarios. La variable dependiente es la paridez acumulada mientras las variables explicativas nominales u ordinales han sido tratadas como *dummies*. En este caso, han sido aplicados dos modelos: uno que considera todas las mujeres iniciadas sexualmente (M1) y uno que considera todas las mujeres iniciadas sexualmente y actualmente en unión (M2).

Para el análisis de la fecundidad adolescente ha sido aplicada una regresión logística sobre la variable dependiente dicotómica: “maternidad adolescente”; cuyas categorías son: a) ser madre o estar embarazada por primera vez (evento positivo) y, b) no ser madre ni estar embarazada por primera vez (evento negativo). Se han considerado todas las mujeres de entre 15 y 19 años iniciadas sexualmente y que nunca han usado un método anticonceptivo —o que a su primer uso no tenían hijos—. Tal especificación tiene como propósito evitar sesgos derivados del inicio del uso de anticonceptivos posterior al nacimiento del primer hijo (Di Cesare y Rodríguez, 2006).

Para el análisis de los comportamientos sexuales con riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, se ha aplicado una selección de la muestra necesaria, dada la ausencia de una pregunta específica para el estudio de comportamientos sexuales riesgosos. Se han considerados únicamente las mujeres sexualmente iniciadas y solteras⁶ y ha sido aplicada nuevamente una regresión logística sobre la variable dependiente dicotómica: “comportamiento a riesgo”; cuyas categorías son: a) no haber usado nunca en la vida un condón (evento positivo) y, b) haber usado por lo menos una vez en la vida el condón (evento negativo). La definición de las variables dependiente, si bien no refleja perfectamente el concepto de comportamiento sexual a riesgo de ETS, puede ser considerada un buen proxy del nivel de cuidado en material de salud sexual de las mujeres que no viven en pareja.

El análisis se aplicará al conjunto de los cuatro países con la introducción de una variable de control tanto por país como por la onda de encuesta.

a. *Los Determinantes de la Fecundidad*

En este caso se trata de definir los determinantes de la fecundidad con particular atención a los factores socio-económicos. Las variables explicativas consideradas, en base al marco teórico para el análisis de la fecundidad, son:

- a) Características individuales (edad)
- b) Características socioeconómicas (educación, quintil de bienestar y área de residencia)
- c) Características familiares (estado civil (M1), duración de la unión y tipología de unión (M2))
- d) Comportamientos sexuales y reproductivo (edad a la primera relación sexual, ha sido madre adolescente, número de hijos al primer uso de anticonceptivos)

⁶ Obviamente esto no significa que las mujeres en unión no tengan el riesgo de ETS.

En base a los vínculos de la metodología utilizada, se ha elegido un nivel de significación bajo ($p < 0.01$) (Castro Martín y Juárez, 1995).

Los resultados (Cuadro 5) muestran un perfil muy claro tanto por el lado de las variables relacionadas con los determinantes próximos y los factores individuales, como por el lado de los factores del componente socio-económico.

Se observa el efecto negativo de la generación de pertenencia de la mujer, que se debe más que al descenso de la fecundidad, al truncamiento de los datos (las generaciones más jóvenes están recién iniciando su periodo reproductivo).

En relación a las tres componentes socioeconómicas los resultados confirman el análisis introductorio (en este caso se está evaluando el efecto de cada variable en el neto de todos los factores explicativos). El ambiente geográfico afecta la intensidad de la fecundidad, favoreciendo valores altos en zonas rurales y valores bajos en zonas urbanas, diferencia debida a factores económicos (por un lado la participación femenina en el mercado del trabajo y por el otro los costos de la ciudad en comparación a las zonas rurales), valoricos (las zonas rurales mantienen modelos familiar más tradicionales que las zonas urbanas) y de accesibilidad a programas de planificación familiar. Los quintiles de bienestar muestran un claro perfil: el paso de un quintil a otro superior evidencia una disminución constante en la variable dependiente, tanto que entre el quintil más pobre y el más rico se aprecia una disminución entre 0.8 hijos (en el caso de M1) y un hijo (en el caso del M2). Por obvias razones (escolaridad, participación al mercado laboral, capacidad de negociación con la pareja, acceso a los métodos anticonceptivos, etc.), el quintil de bienestar tiene una relación negativa con la intensidad de la fecundidad. La educación actúa como factor reductor de la fecundidad, actuando por medio de sus tres dimensiones (Castro Martín y Juárez, 1995): a) fuente de conocimiento y de autodeterminación; b) impulsora de la movilidad social y, c) transformador de actitudes y aspiraciones individuales y promotoras de una perspectiva reflexiva y secular hacia las tradiciones y las autoridades.

Los elementos relacionados con los determinantes próximos muestran como la edad a la iniciación sexual afecta negativamente la fecundidad, es decir, aumentando la edad en la que la mujer se inicia sexualmente disminuye el nivel de fecundidad, esto obviamente porque disminuye el intervalo de tiempo de riesgo de embarazo. La variable relacionada con haber sido madre adolescente, muestra como las muchachas que tienen hijos antes de los 20 años tienen una fecundidad más alta, confirmando la evidencia de algunos autores (Wulf y Singh, 1991; Buvinic, 1998) que indica que las mujeres que tienen su primer hijo en edad adolescente tienen 2-3 hijos más de las mujeres que tienen su primer hijo después de los 20 años. El efecto del factor "*uso de métodos anticonceptivos*" ha sido evaluada por medio del número de hijos al primer uso de anticonceptivos. La variable más apta para evaluar el efecto del uso de métodos anticonceptivos (en termino de actitud de la mujer hacia la planificación familiar) es la que indica el uso de métodos anticonceptivos a la primera relación sexual, variable que no resulta disponible para todos los países. Como se observa, el uso de métodos anticonceptivos después de haber tenido un hijo se asocia con paridez más alta que el promedio, sugiriendo que el uso de anticonceptivos con el objetivo de mantener niveles de fecundidad bajos tiene que empezar desde el principio de la vida sexual. La última variable está relacionada con el estado civil, la que muestra los niveles de fecundidad más altos de las mujeres en unión, confirmando como la familia tradicional sigue siendo el modelo dominante en América Latina (Hausmann y Székely, 2001).

En el segundo modelo (lo que considera únicamente las mujeres sexualmente iniciadas y en unión) se han considerado dos variables relacionada con la esfera familiar: el tipo de unión y su duración. Ahora bien, la uniones consensuales muestran niveles de fecundidad más bajos que la uniones formales. Este resultado permite pensar que, si bien las uniones consensuales en algunos países representan un sustituto perfecto del matrimonio y que en muchos caso

están relacionadas con niveles socio-económicos bajos, presenta la característica de ser uniones menos estables y por tanto menos propensa a vincular la pareja por medio de los hijos. Obviamente aumentando la durada de la unión, aumenta el número de hijos.

Cuadro 5. Modelo de regresión lineal para el análisis de la paridez acumulada - Coeficientes β y significación

	M1		M2	
	B	Sig.	B	Sig.
Constante	1.007	***	1.760	***
Edad	0.137	***	0.100	***
Área residencia (Ref. rural)				
Urbana	-0.562	***	-0.659	***
Quintil de bienestar (Ref. Q1)				
Q2	-0.304	***	-0.346	***
Q3	-0.461	***	-0.549	***
Q4	-0.590	***	-0.718	***
Q5	-0.803	***	-0.989	***
Años de estudio	-0.059	***	-0.058	***
Edad primera relación sexual	-0.107	***	-0.071	***
Numero hijos al primer uso anticonceptivos (Ref. uno o más o nunca ha usado)				
No hijos	-0.255	***	-0.280	***
Ha sido madre adolescente	0.805	***	0.730	***
Estado civil (Ref. Soltera)				
Actualmente en unión	0.692	***		
Anteriormente en unión	0.175	***		
Tipo de unión (Ref. matrimonio)				
Unión consensual			-0.242	***
Duración union			0.264	***

Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Nota: (***) $p < 0.01$; (M1): mujeres iniciadas sexualmente y (M2): mujeres iniciadas sexualmente y en unión.

En el modelo han sido incluidas las variables de control para el país y la encuesta

Concluyendo, este modelo muestra como existe una diferencia importante en los modelos reproductivo entre grupos socio-económicos y como lo más pobres presentan niveles de fecundidad más altos que los grupos más ricos. Considerando la visión clásica (Caldwell, 1982), la opción de tener hijos es vista como una decisión racional debida al hecho que los hijos representan una inversión económica, siendo ellos mismo potenciales productores de ingreso y de protección para la vejez de los padres. Conjuntamente, la presencia de hijos hace que el hogar pierda parte de la potencialidad productiva de la mujer y, además, siendo ellos parte del sistema productivo del hogar resulta que la familia no invierta en el capital humano, lo que mantiene bajo el nivel económico del hogar perpetuando la relación fecundidad-pobreza (Aasve et al. 2005). Por otro lado, estudios evidencian como las familias pobres no tienen posibilidad de elegir la relación “*pocos pero buenos*”, siendo muy altas las probabilidades que el hijo no tenga éxito (tanto en la vida como a nivel de salud) (Merrick, 2001). Además, el ingreso de la familia si bien en valor absoluto crece aumentando el número de hijos, aumenta también el número de personas entre las cuales dividir el ingreso.

Entonces la condición evidenciada en el modelo hace que la alta fecundidad claramente asociada a condiciones socio-económicas bajas, constituya en general un factor de desigualdad social muy fuerte que impide a los hogares más pobres salir de su condición de pobreza, dejándolos aún más de lado del proceso de desarrollo de los países.

b. *Análisis fecundidad adolescente*

La segunda vinculación importante está relacionada con un aspecto central de la fecundidad, que es la fecundidad adolescente. Para el análisis se han considerados

- a) Características individuales (edad)
- b) Características socioeconómicas (educación, quintil de bienestar y área de residencia)
- c) Comportamientos sexuales y reproductivo (edad a la primera relación sexual, uso actual de métodos anticonceptivos)

Los resultados (Cuadro 6) muestran como a mayor edad, mayor riesgo de ser madre.

Las tres componentes del nivel socio-económico muestran como los grupos más pobres estén caracterizados por niveles de vulnerabilidad muy altos. Se observa un riesgo de ser madre adolescente en área rural del alrededor del 40% más altos que en área urbana. La disminución constante del riesgo de ser madre adolescente aumentando el nivel de bienestar del hogar muestra la estrecha relación existente entre estas dos variables. De igual manera, se aprecia el efecto protector del nivel de escolaridad sobre el riesgo de embarazo adolescente.

Una mayor edad a la primera relación sexual tiene obviamente un efecto negativo sobre la probabilidad de ser madre adolescente, en tanto actúa respecto del tiempo que la muchacha está expuesta al riesgo de ser madre. Haber tenido una primera unión tiene un efecto significativo y positivo sobre la probabilidad, resultados que son debidos, por un lado, al hecho que las muchachas que están viviendo en pareja (matrimonio o unión formal) ya están dispuestas a iniciar su trayectoria reproductiva (situación tradicional de unión e iniciación reproductiva tempranas) y, por tanto, tienen una probabilidad más alta de de ser madre. Por otro lado, existe la tendencia a que las muchachas que han quedado embarazadas se casan antes de que nazca el hijo, lo que hace aumentar la probabilidad de ser madre entre las muchachas casadas. La variable que considera el uso actual de métodos anticonceptivos muestra como el usar métodos anticonceptivos modernos tiene un efecto negativo sobre la probabilidad de quedar embarazada, lo que confirma nuevamente la importancia de usar métodos anticonceptivos efectivos.

Cuadro 6 - Modelo logístico para el análisis de la fecundidad adolescente - Exp(β) y significación

	Exp(B)	Sig.
Edad	1.62	***
Área residencia (Ref. urbana)		
Rural	1.41	***
Quintil de bienestar (Ref. Q1)		
Q2	0.87	**
Q3	0.76	***
Q4	0.72	***
Q5	0.48	***
Años de estudio	0.94	***
Uso actual de metodos anticonceptivos (Ref. no usa o usa tradicionales)		
Metodos modernos	0.55	***
Edad primera relación sexual	0.70	***
Estado civil (Ref. Soltera)		
Actualmente en unión	6.97	***
Anteriormente en unión	3.87	***
Constante	0.05	***

Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Nota: (***) p<0.01; (**) p<0.05 y (*) p<0.1

En el modelo han sido incluidas las variables de control para el país y la encuesta

Concluyendo, el modelo muestra como también en el caso de la fecundidad adolescente el grupo socio-económico de pertenencia es fundamental en definir el riesgo de ser madre adolescente. Además los resultados evidencian claramente como el uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces son el medio de prevenir embarazos adolescentes. Por otro lado, entre los métodos anticonceptivos modernos el condón es el único que juntos con prevenir embarazo permite de protegerse de las enfermedades sexualmente transmisibles.

c. *Comportamientos a riesgo de ETS*

Para el análisis de la exposición a comportamientos sexuales “riesgosos”, se han considerado las siguientes variables explicativas:

- d) Características individuales (edad)
- e) Características socioeconómicas (educación, quintil de bienestar y área de residencia)
- f) Conocimiento del SIDA

El objetivo de este modelo (con los límites señalados al principio de este capítulo) es evaluar si existe una desigualdad socio-económica en la asunción de comportamientos sexuales a riesgo de ETS y cual es la contribución de la difusión de informaciones en materia de ETS.

Los resultados (Cuadro 7) nuevamente muestran como los estratos socio-económicos más pobres presentan niveles de riesgos más altos. En el área rural la probabilidad de no haber usado nunca un condón a pasar de haberse iniciado sexualmente es el doble que en área urbana, y la probabilidad disminuye desde los quintiles más bajos a los más altos. Además, aumentando los años de estudio disminuye la probabilidad de tener un comportamiento sexual riesgoso (según la definición dada anteriormente).

Cuadro 7. Modelo logístico para el análisis de los comportamientos a riesgo de ETS - Exp(B) y significación

	Exp(B)	Sig.
Edad	1.05	***
Área residencia (Ref. urbana)		
Rural	2.09	***
Quintil de bienestar (Ref. Q1)		
Q2	0.81	**
Q3	0.70	***
Q4	0.66	***
Q5	0.48	***
Años de estudio	0.90	***
Conocimiento SIDA (Ref. no conoce)		
Conoce pero no sabe como evitarlo	0.54	**
Conoce y sabe como evitarlo	0.22	***
Constante	15.16	***

Fuente: Procesamiento propio en base a encuestas DHS

Nota: (***) p<0.01; (**) p<0.05 y (*) p<0.1

En el modelo han sido incluidas las variables de control para el país y la onda de encuesta

El segundo factor de interés está relacionado con el conocimiento del SIDA por parte de la mujer, así como el conocimiento de cómo evitarlo. La variable muestra como el conocimiento del SIDA hace aumentar la probabilidad de haber usado por lo menos una vez el condón, probabilidad que aumenta si junto con el conocimiento de la enfermedad la mujer sabe el comportamiento que tiene que adoptar para evitar el contagio.

Este modelo (a pesar de su definición de base, anteriormente evidenciada) muestra como la capacidad de las mujeres de saber protegerse de las ETS depende fundamentalmente del

conocimiento de lo que están enfrentando, así, como del acceso a los medios necesarios para protegerse. De esta forma, donde los canales de comunicaciones son más eficaces —como entre los grupos económicos más altos, entre las mujeres con niveles de educación más altos y el acceso a los medios de planificación es más fácil (área urbana)— es más probable que las mujeres tengan las informaciones, el conocimiento y el acceso para poder evitar el contagio con ETS y específicamente con el SIDA.

6. Conclusiones

El análisis ha permitido develar importantes resultados relacionados con la existencia de modelos de comportamientos “nuevos” en materia reproductiva y sexual. Por otro lado, saca a la luz la presencia de fuertes desigualdades socio-económicas en el acceso tanto a la información como a los medios para llevar a cabo comportamientos sexuales y reproductivos capaces de permitir el desarrollo (emocional, social, familiar, laboral, etc.) de cada individuo.

Como ilustran los resultados, se observa en toda la región un patrón sexual en donde la edad de la iniciación sexual sufre una disminución sistemática, lo que en general determina un rejuvenecimiento del calendario matrimonial y reproductivo.

Por otro lado, se aprecia un aumento generalizado de las usuarias de métodos anticonceptivos, lo que deja entrever una mayor autodeterminación de las mujeres y de las parejas en materia sexual y reproductiva.

No obstante, el otro patrón emergente se relaciona con el fenómeno de la fecundidad adolescente que, en base a la evidencia empírica, parece aumentar en muchos de los países de la región.

Lo que llama la atención, es como la evolución de los comportamientos en materia sexual y reproductiva no sigan la misma pauta y dirección. Si por un lado se observa claramente el efecto de la escolarización masiva y, en particular, de las mujeres, de la mayor participación femenina al mercado del trabajo, del creciente proceso de secularización valoricas, por el otro lado, muchos indicadores se conectan a modelos tradicionales o más bien a patrones de comportamiento modernos truncados en algunos planos (acceso a salud sexual y reproductiva).

Conjuntamente, resalta la existencia de desigualdades entre estratos socioeconómicos lo que implica una difusión segmentada de los patrones emergentes. Por un lado, hay comportamientos emergentes entre los grupos socioeconómicos más pobres —es este el caso de la fecundidad adolescente—. Por otro lado, hay comportamientos nuevos entre los grupos más ricos —postergación de la transición a la vida adulta, uso de métodos anticonceptivos moderno etc. Esta evidencia hace que los comportamientos emergentes estén claramente asociados con modelos que reproducen las condiciones de ventajas o desventajas sociales. O sea, las mujeres que pertenecen a los estratos socio-económicos altos tienen niveles de fecundidad más bajos, menores niveles de fecundidad adolescente, un calendario sexual y reproductivo más envejecido, una incidencia mayor en el uso de métodos anticonceptivos, y comportamiento sexuales más cuidadoso para protegerse de las ETS respecto de las mujeres de estrato socio-económico bajo, que se caracterizan por mostrar indicadores menos ventajosos en todos estos indicadores, aunado a mayores niveles de vulnerabilidad.

La evidencia empírica no deja dudas sobre la importancia de las políticas en prevenir y equilibrar las desigualdades sociales en materia sexual y reproductiva, las que deben bregar por reducir la pobreza en América Latina.

A modo de corolario, parece importante subrayar algunos elementos que han resultado ser claves para el análisis.

Resalta claramente la relación entre alta fecundidad y pobreza. Como algunos estudios han evidenciado (Birsdall, Kelley y Sinding, 2001) los altos niveles de fecundidad exacerban la pobreza y complican su disminución. Esta relación biunívoca entre fecundidad y pobreza, implica acciones políticas por ambos lados. Así la intervención pública tiene que actuar para disminuir la pobreza y por otro favorecer modelos de fecundidad más controlados. Según algunos economistas (Behrman, 2001), la intervención pública tiene que tener en consideración los deseos y los planes de cada familia, es decir, la pareja puede elegir tener hijos a pasar que esto implique una reducción del ingreso familiar y ser capaz de asumir sus costos (por lo que las políticas públicas debe proteger a estas familias). Distinto es el caso de la familia que no puede o no quiere asumir el costo de lo hijos, por razones de diferente tipo (como por ejemplo el caso de parejas que tiene más hijos de los deseados), entonces necesita del apoyo de las políticas públicas.

Efectivamente existe un primer punto de equilibrio relacionado con los deseos de la familia: cada pareja debería poder tener el número de hijos deseados. El segundo punto de equilibrio es el nivel socio-económico: cada familia debería tener un nivel socio-económico apto para poderse mantenerse fuera de la condición de pobreza. Ahora, si se observa la relación fecundidad—pobreza desde el punto de vista de la fecundidad, el primer paso fundamental para llegar al doble equilibrio es difundir la planificación familiar, permitir el acceso masivo a la información y a los medio anticonceptivos para que cada familia pueda tener el numero de hijos deseado. Este proceso implica que las políticas tienen que preocuparse no solo de una difusión masiva de la planificación familiar (en termino de conocimiento y acceso), sino también de su aceptación social para permitir a todos un acceso y un uso en total libertad – física y mental. Ahora, como han resaltado muchos estudios, en familia de escaso recursos tener muchos hijos aparece como una decisión racional que tiene que ver con el potencial productivo de los hijos. En este caso, no es suficiente hacer de la planificación familiar un hecho (a pesar que sigue siendo una condición necesaria), sino también proponer o informar respecto de modelos familiares alternativos. En este caso la intervención pública debe subrayar la importancia de la inversión en el capital humano representado por los hijos, lo que implica una evolución de la imagen de los hijos-productores —que prevale en las familias pobres—. Esto permitiría a las familias de escaso recurso a seguir modelos familiares que no perpetúen la condición de pobreza.

El segundo tema fundamental que sigue despertando mucha preocupación, es lo referido a la fecundidad adolescente. Los grupos socio-económicos más débiles presentan niveles de fecundidad adolescente mucho más altos de los grupos socio-económicos más ricos. Como ya se ha señalado, la fecundidad adolescente está relacionada con toda una serie de implicaciones negativas para la muchacha del punto de vista social, emocional y de salud, tanto que muchas veces su posición en la sociedad resulta comprometida. Si todos estos efectos negativos se concentran en los grupos socio-económico más pobres, el efecto más probable es una perpetuación de la condición de pobreza. Además, como ha quedado en evidencia en los análisis, la edad de iniciación sexual de las muchachas ha experimentado una disminución en la región, lo que obviamente hace aumentar el riesgo de quedarse embarazada antes de los 20 años.

Por la evidencia presentada en este trabajo, resulta difícil imaginar que la respuesta de las política públicas frente al aumento de la fecundidad temprana sea la promoción de la abstinencia sexual entre los adolescentes (a pasar que esta puede ser una alternativa y decisión válida para el individuo), porque claramente es una solución teórica que no toma en consideración la realidad: los jóvenes tienen una vida sexual y, en la última década, empieza a edades más jóvenes. Por ende, las políticas públicas (para ser consideradas como tales) tienen

que actuar en base a la evidencia y la realidad, brindando el apoyo necesario para quien lo necesite.

Las políticas orientadas a los servicios de salud sexual y reproductiva deberían antes todo tomar en cuenta la categoría de las muchachas. Esto porque en muchos países latinoamericanos la categoría “*adolescente*” en los programas de planificación familiar ha sido tomada en cuenta hace muy poco. Entonces, tiene que ser claro que los adolescentes tienen que ser incorporados como miembros activos en los programas de planificación familiar lo que implica una diferenciación de las políticas en base a su destinatario (no se puede llegar con el mismo mensaje tanto a las adolescentes como a las mujeres, así como no se puede promover el mismo tipo de medios anticonceptivo). Además, debe tener en cuenta las características sociales de las muchachas mayormente vulnerables, considerando todos los factores relacionados con su cultura, su historia y sus valores.

La estrecha relación entre pobreza y fecundidad adolescente depende de muchos factores: falta de información, falta de acceso a los medios anticonceptivos y a veces falta de alternativas. Esto significa que los planes tienen que ser de apoyo para las muchachas y muchachos en su camino hacia la autodeterminación, facilitando el acceso a los medios para ejercerla y considerando el derecho a tener opciones educativas y laborales para el desarrollo de su proyecto de vida. Este último factor es fundamental para que los jóvenes tengan la posibilidad de elegir cual camino abordar en su vida y no encontrarse sin más alternativas plausibles que la de ser padres. Su alcance se puede obtener únicamente con niveles de educación más altos y de mayor calidad, para que las muchachas puedan aumentar sus opciones de vida y sus aspiraciones. Esto entonces influiría tanto sobre la disminución de la fecundidad adolescente como sobre la disminución de la pobreza, ayudando cada individuo a desarrollar su propio camino de vida en plena libertad.

El tercer factor que se añade a la desventaja de los grupos socio-económicos más pobres, está relacionado con la mayor probabilidad de los individuos que pertenecen a los estratos sociales más bajos de tener comportamientos sexuales con riesgo de infección de ETS. Nuevamente resulta que la desventaja de los pobres se caracteriza por una falta de acceso a las informaciones y a los medios para poder tener una vida sexual en plena conciencia y lo más segura posible. Focalizándonos únicamente en el SIDA, es evidente como esta realidad fomenta el círculo vicioso de la pobreza: por un lado la pobreza aumenta el riesgo de contraer el SIDA y por el otro el SIDA aumenta el nivel de pobreza de un hogar. Además, la condición de pobreza disminuye la posibilidad de acceso a los servicios de salud pública. Entonces resulta evidente la importancia de las políticas públicas en difundir, antes de todo, informaciones en relación a las enfermedades sexualmente transmisibles y garantizar el acceso a todos los individuos, independientemente de su condición socio-económica, a los medios que le permitan tener una vida sexual segura. Así, como en los dos primeros casos (fecundidad y fecundidad adolescente) las políticas tienen que orientar sus esfuerzos hacia los grupos más vulnerables, tomar en consideración principalmente sus realidades y analizar en profundidad los obstáculos que caracterizan su condición socioeconómica.

La relación entre pobreza y comportamientos sexuales y reproductivos es tan estrecha, que las políticas públicas no tienen que tomar en consideración la solución a un solo aspecto para enfrentar el problema, sino que debe abordarlo desde diferentes puntos de vista sin olvidarse nunca de las características sociales, culturales y las realidades de quien efectivamente muestra altos niveles de vulnerabilidad.

La lucha mediática por medio de campañas de informaciones, la difusión de modelos familiares que se alejan de los tradicionales, la accesibilidad a los medios anticonceptivos, la escolarización masiva y de alta calidad, la promoción de un sistema de género equitativo, el *empowerment* femenino, el acceso a más de un escenario de vida por cada individuo, pueden

ayudar a debilitar la relación entre pobreza y fecundidad que hasta este momento parece avanzar fuerte.

Referencias Bibliográficas

- Aassve, Arnstein, Henriette Engelhardt, et al. (2005), "Poverty and Fertility in Less Developed Countries: a Comparative Analysis", *ISER Working Paper*, 2005-13.
- Basu, Alaka Malwade (1995), "Poverty and AIDS: the Vicious Circle", in *Demography and Poverty*, IUSSP Florence, Italy 2-4 March.
- Bay, Guiomar, Fabiana Del Popolo, Delicia Ferrando (2003), "Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos", *Serie Población y Desarrollo*, No 43, CELADE – Naciones Unidas.
- Becker, Gary S. (1991), *A Treatise on the Family*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1960), "An Economic Analysis of Fertility" in *Demographic and Economic Change in Developer Countries* (Becker ed.), Princeton University Press.
- Behrman, Jere R. (2001) "Why Micro Matters", in *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- Birdsall, Nancy y Charles C. Griffin (1988), "Fertility and Poverty in Developing Countries", *Journal of Policy Modeling*, Vol. 10, No. 1, abril.
- Birdsall, Nancy y Steven W. Sinding (2001), "How and Why Population Matters: New Findings, New Issues" in *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- Birdsall, Nancy, Allen C. Kelley y Steven W. Sinding (2001), *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- Bledsoe, C., B. Coehn (1993), *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington D.C.: National Academy Press
- Blossfeld, H.P. y J. Huinink (1991), "Human Capital Investments or Norms of Role Transition? How Women's Schooling and Career Affect the Process of Family Formation." *American Journal of Sociology* 97:143-168.
- Bongaarts, John (2001), "Dependency Burdens in the Developing World", in *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- (1978), "A framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, No 105-132.
- Bulatao, R. y J. Casterline (editores) (2001), "Global fertility transition", *Population and Development Review*, Population Council, Estados Unidos, suplemento Vol. 27
- Buvinic, M. (1998), "The cost of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico", *Studies in Family Planning*, 29(2): 201-209
- Buvinic, M., y K. Kurz (1998), "Prospects for young mothers and their children: a review of the evidence on consequences of adolescent childbearing in developing countries", Paper presented at the Committee on Population, National Research Council, National Academy of Sciences Workshop on Adolescent Reproduction in Developing Countries, Washington DC, 24-25 March

- Caldwell, J.C. (1982), *Theory of Fertility Decline*. Academic Press, London.
- Castro Martín, Teresa 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.
- CEPAL (2006), *Panorama Social 2005*, Naciones Unidas.
- (2004), *La fecundidad en America Latina: transición o revolución?*, Naciones Unidas.
- Di Cesare Mariachiara y Jorge Rodríguez Vignoli (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente: el caso de Brasil y Colombia", *Papeles de Población* Año12, No. 48, abril-junio.
- Eastwood, Robert y Michael Lipton (1999), "Impact of change in human fertility on poverty", *The Journal of Development Studies*, Vol. 36, No. 1.
- Ferrando, Delicia (2003), "Tendencias de la Fecundidad en América Latina: 1950-2000", informe CEPAL-CELADE
- Flórez, C. y J. Núñez (2003), "Teenage childbearing in Latin American countries", en *Critical decision at a critical age, Adolescents and young adults in Latin America*, Duryea, S., A. Cox y M. Ureta, BID, Washington.
- García, Brígida y Olga Lorena Rojas (2002), "Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina", *Papeles de Población* Año 8, No. 32, abril-junio.
- Gupta, N., I.C. Leite (1999) Adolescent fertility behavior: trends and determinants in northeastern Brazil, *International Family Planning Perspectives*, 25(3): 125
- Guzmán J., et al. (1991), "Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe", Mexico D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Gwatkin, Davidson, Kiersten Johnson, Adam Wagstaff, Shea Rutstein y Rohini Pande (2000), *Socio-economic differences in health, nutrition and population in Bolivia*, Washington DC: The World Bank.
- Hausmann, Ricardo y Miguel Székely (2001), "Inequality and the Family in Latin America", in *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- Inglehart, F. Ronald (1997), "Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies", Princeton: Princeton University Press.
- Kohler, H.P., J.R. Behrman y A.Skytthe (2005), "Partner + Children = Happiness? The Effect of Fertility and Partnerships on Subjective Well-Being" *Population and Development Review*, Vol. 31, No. 3.
- Korzeniewicz, Roberto Patricio y William C. Smith (2000), "Poverty, Inequality, and Growth in Latin America: Searching for the High Road to Globalization", *Latin America Research Review*, Vol.35, No. 3.
- Lesthaeghe, Ron (1995), "The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation", in *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Karen Oppenheim Mason and An-Magritt Jensen (eds.). Oxford, England: Clarendon.
- Lipovsek et al. (2002), "Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study", *Adolescence*, Vol. 37, No. 146

- McAnarney, E.R., W.R. Hendee (1989), "Adolescent pregnancy and its consequences", *Journal of the American Medical Association*, 262:74-77
- McDevitt T.M., Adlakha A., Fowler T.B., Harris-Bourne V. (1996), "Trends in adolescent fertility and contraceptive use in developing world", U.S. Bureau of the Census, Report IPC/95-1, U.S. Government Printing Office, Washington, DC
- McDonald, P. (2000), "Gender Equity in Theories of Fertility Transition." *Population and Development Review* 26(3):427-440.
- Merrick, Thomas (2001), "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews", in *Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, Oxford University Press.
- Oppenheimer, V.K (1988), "A Theory of Marriage Timing." *American Journal of Sociology* 94: 563-591.
- Oppenheimer, V.K. y V. Lew (1995), "Marriage Formation in the Eighties: How Important was Women's Economic Independence?." Pp. 105-138 in *Gender and Family Change in Industrialised Countries*, eedited by K.O. Mason and A. Jensen. Oxford: Clarendon Press.
- Rindfuss, Ronald, Charles Hirschman (1980) "Social, Cultural and Economic Determinants of Age at Birth of First Child in Peninsular Malaysia", *Population Studies*, Vol.34, No.3.
- Robinson, William I (1999), "Latin America in the Age of Inequality: Confronting the New "Utopia"", *International Studies Review*, Vol. 1, No.3, Otoño.
- Rodríguez, Jorge V. (2005), "Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política", *Revista de la Cepal*, Vol. 86, Agosto.
- Schoumaker, Bruno (2004), "Poverty and Fertility in Sub-Saharan Africa: Evidence from 25 Countries", presented during the Annual Meeting of Population Association of America 2004, Boston.
- Singh, Susheela, Deirde Wulf, Renee Samara y Yvette P. Cuca (2002), "Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 26, No. 1.
- Surkyn, J. y R. Lesthaeghe (2004), "Value Orientations and the Second Demographic Transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An Update", *Demographic Research*, Special collection 3, Max-Planck-Gesellschaft.
- UNFPA (2006) *Annual Report 2005*, UNFPA Publication.
- United Nation (1989) *Adolescent Reproductive behaviour. Evidence from developing countries*. ST/ESA/SER:A/109/Add.1 New York
- van de Kaa, Dirk J. (1987), "Europe's Second Demographic Transition", *Population Bulletin* Vo. 42, No.1.
- Wulf, D., S. Singh (1991), "Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas", *International Family Planning Perspectives*, Vol. 17, No.4.