

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES
División de Población

Boletín de Población de las Naciones Unidas

**LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN
DE LA FECUNDIDAD**

Edición especial Nos. 48/49 2002



Naciones Unidas
Nueva York, 2010

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas es un punto de contacto fundamental entre las políticas mundiales en las esferas económica, social y ambiental y la acción nacional. El Departamento trabaja en tres esferas relacionadas entre sí: i) compila, produce y analiza una amplia gama de datos e información de tipo económico, social y ambiental que aprovechan los Estados Miembros de las Naciones Unidas para examinar problemas comunes y hacer un balance de las opciones en materia de políticas; ii) facilita las negociaciones de los Estados Miembros en muchos órganos intergubernamentales sobre el curso a seguir en forma conjunta para abordar los desafíos mundiales actuales o en ciernes, y iii) asesora a los gobiernos interesados sobre las formas y los medios de traducir los marcos normativos desarrollados en las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en programas a nivel de países y, mediante la asistencia técnica, ayuda a aumentar la capacidad nacional.

Nota

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen publicados los datos que contienen no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, ni de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

En la presente publicación la palabra “país”, también se emplea, cuando corresponde, con respecto a territorios o zonas.

Se recurre a los calificativos de países, territorios o regiones “más desarrollados”, “menos desarrollados” y “menos adelantados” únicamente para facilitar la presentación estadística, pero esta denominación no entraña necesariamente un juicio sobre la fase del proceso de desarrollo a que puede haber llegado un país o territorio dado.

Las opiniones expresadas en los documentos firmados reflejan las de sus autores y no implican la expresión de opinión alguna por parte de la Secretaría de las Naciones Unidas.

ST/ESA/SER.N/48-49

Publicación de las Naciones Unidas
No. de venta: S.02.XIII.15

ISBN 978-92-1-351130-2

Copyright © Naciones Unidas 2003
Reservados todos los derechos

Prefacio

La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas está encargada de facilitar a la comunidad internacional información actualizada y objetiva, desde el punto de vista científico, sobre la población y el desarrollo. La División de Población ofrece orientación en cuestiones de población y desarrollo a la Asamblea General, al Consejo Económico y Social y a la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, y lleva a cabo estudios regulares de niveles y tendencias de población, estimaciones y proyecciones de población, políticas de población y relaciones recíprocas entre población y desarrollo.

En los últimos decenios los niveles de fecundidad han estado sujetos a importantes cambios. Por ejemplo, a partir de 1965, la fecundidad mundial ha descendido de 5,0 a 2,7 nacimientos por mujer. En muchos países la tasa global de fecundidad ha registrado cambios radicales y en otros muchos, los niveles de fecundidad han empezado a dar muestras claras de descenso. Aproximadamente el 40% de la población mundial vive en los países que han iniciado su transición de la fecundidad pero no la han terminado. Entre estos países figuran algunos de los mayores del mundo, por ejemplo, la India, Indonesia, el Brasil, Bangladesh, México, Filipinas, la República Islámica del Irán y Egipto. ¿Cuál será la evolución de la fecundidad en esos países? ¿Se quedará estancada? ¿Descenderá alrededor del nivel de reemplazo? ¿O seguirá el ejemplo de los países europeos y descenderá por debajo del nivel de reemplazo? El resultado de esta transición de la fecundidad determinará el tamaño de la población mundial del siglo XXI.

En vista de ello, la División de Población convocó una reunión del Grupo de expertos sobre la terminación de la transición de la fecundidad, del 11 al 14 de marzo de 2002. En esta reunión se examinaron las perspectivas de descenso de la fecundidad en países con una fecundidad actual intermedia. El objetivo principal de la reunión era estudiar si esos países menos desarrollados seguirán la pauta de los países más desarrollados, es decir, si alcanzarán una fecundidad de reemplazo o por debajo de él, o si la fecundidad de esos países se estancará en algún punto intermedio y permanecerá muy por encima de la necesaria para el reemplazo de las generaciones.

Esta reunión es la tercera que ha organizado la División de Población para llegar a un mejor entendimiento de las probables tendencias de la fecundidad en los distintos países del mundo. La primera, el Grupo de expertos en tasas de fecundidad deficitarias, se celebró en 1997¹. Entre otras cosas, las conclusiones de la reunión fueron un factor esencial de la decisión de la División de Población de revisar sus hipótesis del cambio de la fecundidad en el futuro en esos países, como parte de las revisiones de 1998 y subsiguientes de sus estimaciones y proyecciones oficiales de población mundial de las Naciones Unidas. En 2001, la División de Población organizó la segunda reunión sobre la fecundidad, el Seminario sobre perspectivas de disminución de la fecundidad en países donde ésta es elevada². En esta reunión se examinaron las perspectivas de que disminuyera la fecundidad en los países en que ésta era elevada. En particular, los expertos investigaron los factores que entorpecen o facilitan la disminución de la fecundidad en los países que actualmente tienen elevadas tasas de procreación.

Las Naciones Unidas desean expresar su gratitud a la Fundación MacArthur por su apoyo parcial al financiamiento de esta reunión.

¹ División de Población de las Naciones Unidas. Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, Boletín de Población de las Naciones Unidas. Nos. 40/41, Nueva York, 1999.

² División de Población de las Naciones Unidas. Seminario de las Naciones Unidas sobre perspectivas de disminución de la fecundidad en países donde ésta es elevada, Nueva York, ESA/P/WP.167, 2001.

Se puede consultar la presente publicación y otros documentos de información demográfica de diversa índole en www.unpopulation.org. Para más detalles sobre esta publicación, se ruega dirigirse a la Sra. Hania Zlotnik, Directora de la División de Población, Naciones Unidas, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos de América, teléfono (212) 963-3179 o fax (212) 963-2147.

Índice

	<i>Página</i>
Prefacio	iii
Notas explicativas	ix
Resumen analítico	xi
 PRIMERA PARTE	
INFORME DEL GRUPO DE EXPERTOS SOBRE LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD	
Introducción	3
La terminación de la transición de la fecundidad: cuestiones principales y una propuesta .	5
Discurso principal	7
Cuestiones mundiales que afectan a la transición de la fecundidad	9
Niveles, tendencias y determinantes de la fecundidad	15
Políticas y programas nacionales	19
Expectativas futuras de fecundidad	21
Reflexiones de los Embajadores	23
Regreso al futuro: hipótesis propuestas de las Naciones Unidas	27
Resumen del relator	31
Conclusión	33
Clausura de la reunión	35
Apéndice: Resumen de los documentos presentados por los países	37
La terminación de la transición de la fecundidad: el caso de la Argentina	37
¿Cuánto tardará Bangladesh en alcanzar la fecundidad de reemplazo?	
El papel de la educación y los servicios de planificación de la familia	37
¿Qué ocurrirá con la fecundidad en el Brasil?	38
Los cambios de fecha de la fecundidad de reemplazo de la India: repaso de las tendencias recientes de fecundidad y perspectivas futuras	38
Del futuro de la fecundidad humana en la India	39
Atrapada en el tránsito: cuestiones sobre el futuro de la fecundidad en Indonesia .	40
Los cambios recientes y el futuro de la fecundidad en la República Islámica del Irán	40
La fecundidad en Israel: ¿se vislumbra la transición al nivel de reemplazo?	41
La terminación de la transición de la fecundidad: Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria	42
La transición de la fecundidad en Kenya: ¿hasta qué nivel descenderá?	42
Tras los pasos de Europa meridional: la fecundidad en el Maghreb	43

	<i>Página</i>
La fecundidad en México: tendencias y perspectivas	44
La transición de la fecundidad en Nigeria: tendencias y perspectivas	44
El descenso de la fecundidad en Filipinas: situación actual, perspectivas futuras . . .	45
La transición de la fecundidad en Sudáfrica y sus consecuencias en los cuatro principales grupos de población	46
De las perspectivas de un descenso permanente de la fecundidad en Asia meridional	46
Anexos	
Programa	49
Lista de participantes	49
Lista de documentos	53

SEGUNDA PARTE

DOCUMENTOS DE ANTECEDENTES

El futuro de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia <i>División de Población</i>	57
El reto demográfico contemporáneo <i>John C. Caldwell</i>	85
Las repercusiones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 <i>Jason L. Finkle</i>	95
El papel del financiamiento internacional en la reducción futura de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia <i>Steven W. Sinding</i>	101
Examen de los cambios de la situación de la mujer y el género como variables predictivas de cuestiones de cambio de fecundidad en países con fecundidad intermedia <i>María E. Cosío-Zavala</i>	107
El efecto del VIH-1 en la fecundidad en el África subsahariana: causas y consecuencias <i>Simon Gregson, Basia Zaba y Susan-Catherine Hunter</i>	119
Niveles y tendencias de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia <i>División de Población</i>	149
Las estructuras familiares y la evolución de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia de África occidental <i>Thérèse Locoh</i>	175
La educación y las tendencias futuras de fecundidad, en particular en los países en mitad de la transición <i>John Cleland</i>	191
Participación de la mujer en la fuerza laboral <i>Lin Lean Lim</i>	205
Opiniones y políticas gubernamentales respecto al crecimiento demográfico y la fecundidad en países con fecundidad intermedia <i>División de Población</i>	225
Medidas del esfuerzo de los programas de planificación de la familia: tendencias pasadas y perspectivas futuras <i>John A. Ross</i>	265

	<i>Página</i>
El fin de la transición de la fecundidad en el mundo en desarrollo <i>John Bongaarts</i>	287
Los determinantes próximos durante la transición de la fecundidad <i>Jean Pierre Guengant</i>	305
TERCERA PARTE	
DOCUMENTOS DE LOS PAÍSES	
La terminación de la transición de la fecundidad: el caso de la Argentina <i>Edith Alejandra Pantelides</i>	329
¿Cuánto tardará Bangladesh en alcanzar la fecundidad de reemplazo? El papel de la educación y los servicios de planificación de la familia <i>Mizanur Rahman, Julie DaVanzo y Abdur Razzaque</i>	339
¿Qué ocurrirá con la fecundidad en el Brasil? <i>Ana María Goldani</i>	355
Los cambios de fecha de la fecundidad de reemplazo de la India: repaso de las tendencias recientes de fecundidad y perspectivas futuras <i>P. N. Mari Bhat</i>	373
Del futuro de la fecundidad humana en la India <i>Tim Dyson</i>	387
Atrapada en el tránsito: cuestiones sobre el futuro de la fecundidad en Indonesia <i>Terence H. Hull</i>	405
Los cambios recientes y el futuro de la fecundidad en la República Islámica del Irán <i>Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi</i>	419
La fecundidad en Israel: ¿se vislumbra la transición al nivel de reemplazo? <i>Dov Friedlander</i>	433
La terminación de la transición de la fecundidad: Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria <i>Riad Tabbarah</i>	443
La transición de la fecundidad en Kenya: ¿hasta qué nivel descenderá? <i>John Blacker</i>	451
Tras los pasos de Europa meridional: la fecundidad en el Maghreb <i>Youssef Courbage</i>	461
La fecundidad en México: tendencias y perspectivas <i>Rodolfo Tuirán, Virgilio Partida, Octavio Mojarro y Elena Zúñiga</i>	473
La transición de la fecundidad en Nigeria: tendencias y perspectivas <i>Bamikale J. Feyisetan y Akinrinola Bankole</i>	491
El descenso de la fecundidad en Filipinas: situación actual, perspectivas futuras <i>Marilou Palabrica-Costello y John B. Casterline</i>	511
La transición de la fecundidad en Sudáfrica y sus consecuencias en los cuatro principales grupos de población <i>Leon Swartz</i>	521
De las perspectivas de un descenso permanente de la fecundidad en Asia meridional <i>Alaka Malwade Basu</i>	537

NOTAS EXPLICATIVAS

En los cuadros del presente informe se han utilizado los signos siguientes:

- .. Dos puntos suspensivos indican que los datos faltan o que no constan por separado
- La raya indica que la cantidad es nula o despreciable.
- El guión indica que el concepto de que se trata no es aplicable.
- El signo menos ante un número indica un déficit o disminución, salvo que se indique otra cosa.

Las sumas de las cantidades parciales y los porcentajes pueden no coincidir con los totales por haberse redondeado las cifras.

Los países y las zonas se han agrupado geográficamente en seis zonas principales: África, Asia, Europa, América Latina y el Caribe, América del Norte y Oceanía. Estas zonas están divididas geográficamente, a su vez, en 21 regiones. Además, las regiones se clasifican como pertenecientes, para fines estadísticos, a uno de dos grupos generales: más desarrolladas o menos desarrolladas. Las regiones menos desarrolladas incluyen todas las regiones de África, Asia (con excepción de Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia. Las regiones más desarrolladas comprenden Australia/Nueva Zelanda, Europa, el Japón y América del Norte.

El grupo de países menos adelantados está integrado actualmente por 49 países: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen, Zambia.

Resumen analítico

La División de Población de las Naciones Unidas, con el apoyo de la Fundación MacArthur, celebró una reunión del Grupo de expertos de las Naciones Unidas sobre la terminación de la transición de la fecundidad en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, del 11 al 14 de marzo de 2002. El objetivo fue debatir directrices para realizar proyecciones de los cambios de fecundidad propuestas por la División para su uso en países con fecundidad intermedia, es decir, con una fecundidad total entre 2,1 y 5 hijos por mujer en 1995-2000. La División de Población utiliza directrices de fecundidad para realizar las proyecciones de población de cada país y región del mundo. Hasta fechas recientes, las directrices estipulaban que la fecundidad de los países con fecundidad intermedia no caería por debajo del nivel de reemplazo para 2050. Estas directrices han sido cada vez más difíciles de justificar, ya que la fecundidad en un número creciente de países, tanto desarrollados como en desarrollo, ha caído y se mantiene en niveles muy inferiores a los de reemplazo.

Las directrices propuestas estipulan que la fecundidad de los países con fecundidad intermedia disminuirá a 1,85 hijos por mujer para 2050, en lugar de 2,1 hijos, como se indica en las directrices actuales. Este es un cambio trascendental, tanto por el gran tamaño de población de los países con fecundidad intermedia (43% de la población mundial en 2000) como por las grandes repercusiones de una fecundidad sostenida por debajo del nivel de reemplazo. Asistieron a la reunión, de cuatro días de duración, más de 40 expertos en población en representación de todas las regiones del mundo. Se presentaron 30 documentos de antecedentes y de países, entre ellos un discurso del Sr. Jack Caldwell, catedrático de la Universidad Nacional Australiana.

Tras un considerable debate, los expertos apoyaron en general las directrices revisadas para la proyección de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia. Como señaló el Sr. Caldwell: “Ya no parece haber ninguna barrera que impida a la mayoría de los países alcanzar el nivel de reemplazo y lograr que la fecundidad siga disminuyendo por debajo de dicho nivel”. No obstante, los expertos recalcaron que debido a que en esos países la fecundidad tiene niveles moderadamente altos, y también al impulso resultante de casi un siglo de rápido crecimiento demográfico, se espera que en los próximos 50 años la población mundial aumente en otros 3.000 millones de personas. Los expertos recomendaron que al proyectar el nivel de fecundidad se reduzca el ritmo de disminución a medida que se vayan alcanzando niveles más bajos. También se sugirió que se verifique la concordancia de los niveles de fecundidad proyectados con los cambios implicados en los determinantes próximos de fecundidad, en particular, con respecto a los probables aumentos del uso de anticonceptivos.

En el presente informe figuran las actas resumidas de la reunión, incluidos el programa, la organización de los trabajos, la lista de participantes, la lista de documentos y resúmenes de los 30 documentos presentados y de los debates que se celebraron en la reunión. El presente informe, los documentos de antecedentes y los documentos presentados por los países en la reunión se pueden consultar en el sitio en www.unpopulation.org.

Las observaciones o sugerencias sobre la reunión y el presente informe serán bien recibidas y pueden dirigirse a la Sra. Hania Zlotnik, Directora de la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y., 10017, teléfono (212) 963-3179 o fax (212) 963-2147.

PRIMERA PARTE

**INFORME DEL GRUPO DE EXPERTOS
SOBRE LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN
DE LA FECUNDIDAD**

Introducción

La División de Población de las Naciones Unidas, con el apoyo de la Fundación MacArthur, convocó una reunión del Grupo de expertos de las Naciones Unidas sobre la terminación de la transición de la fecundidad en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, del 11 al 14 de marzo de 2002. El objetivo fue debatir directrices para realizar proyecciones de los cambios de fecundidad propuestas por la División para su uso en países con fecundidad intermedia, es decir, con una fecundidad total entre 2,1 y 5 hijos por mujer en 1995-2000. Las directrices propuestas prevén que para 2050 la fecundidad en los países con fecundidad intermedia caerá por debajo del nivel necesario para el reemplazo de la población a largo plazo. Estas directrices representan una ruptura importante con las opiniones tradicionales sobre el futuro de la fecundidad y con las directrices utilizadas por la División de Población para proyectar la fecundidad de los países con fecundidad intermedia en la *Revisión de 2000* de las proyecciones oficiales de las Naciones Unidas.

La reunión fue inaugurada por el Sr. Joseph Chamie, Director de la División de Población, quien señaló que esta reunión era la tercera de una serie. La primera reunión, celebrada en 1997, giró en torno a las hipótesis de fecundidad futura en países con baja fecundidad. El informe y los documentos de aquella reunión se publicaron en la monografía *Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo* (Naciones Unidas, 2000). La segunda reunión, celebrada en 2001, se concentró en las hipótesis de fecundidad futura para países de elevada fecundidad (Naciones Unidas, 2001).

El Sr. Chamie señaló que un grupo considerable de estudiosos de todo el mundo se había congregado en Nueva York para asistir a la reunión. Muchos de ellos habían preparado documentos de antecedentes o de países que abarcaban una amplia gama de temas y presentaban estudios monográficos sobre países de todas las regiones del mundo, por lo que los debates prometían ser de gran interés. El Sr. Chamie se refirió al importante papel desempeñado por la División de Población en el campo de la demografía. Ya desde su creación, en 1946, la División ha mostrado afinidad por cuestiones esenciales de población y desarrollo. En 1947, el Sr. Frank Notestein, primer Director de la División, habló con claridad y de manera apasionada sobre la posible evolución de la población mundial al dirigirse a la primera reunión de la Comisión de Población. En 1974, como fruto de la labor de la Comisión, se celebra en Bucarest la primera Conferencia mundial intergubernamental sobre población y desarrollo. A esta trascendental Conferencia de las Naciones Unidas le siguieron la Conferencia de México de 1984 y, 10 años más tarde, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994.

Antes de concluir su intervención, el Sr. Chamie declaró que la División de Población se proponía continuar la tradición de abordar los problemas demográficos más críticos y espinosos con rigor científico, claridad y decisión. Añadió que con la asistencia de los expertos reunidos en la reunión estas metas se impulsarán durante los cuatro días siguientes de discusiones y debates. A continuación, invitó a la moderadora de la sesión de apertura, Sra. Afsani Bassir-Pour, corresponsal de *Le Monde* en las Naciones Unidas, a declarar abierta la sesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Naciones Unidas (1999). Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. *Boletín de Población de las Naciones Unidas* (Nueva York), Nos. 40/41.
- Naciones Unidas (2001). Seminario sobre perspectivas de disminución de la fecundidad en países donde ésta es elevada. Documento de trabajo No. ESA/P/WP.167.

La terminación de la transición de la fecundidad: cuestiones principales y una propuesta

La primera sesión ya adelantó el tema general de la conferencia con la presentación de las directrices propuestas para la proyección de la fecundidad. El documento de antecedentes para esta sesión fue elaborado por la División de Población de las Naciones Unidas y su presentación corrió a cargo de la Sra. Sabine Henning.

EL FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA

División de Población

Dos consideraciones dieron lugar a una revisión de las directrices vigentes para la proyección de la fecundidad en países con fecundidad intermedia, según explicó la Sra. Henning. La primera fue el creciente número de países en desarrollo cuya fecundidad ya había descendido por debajo del nivel de reemplazo. La experiencia de China y diversos países o zonas de Asia oriental y sudoriental así como del Caribe —dijo— indica que la transición a la fecundidad baja no se detendrá necesariamente al nivel de reemplazo.

La segunda consideración fue la conclusión a que se había llegado de que los factores socioeconómicos, por sí solos, no podían explicar el inicio del descenso de la fecundidad, en particular, dada la diversidad de circunstancias sociales, económicas y culturales en las que estaba teniendo lugar la transición a la fecundidad baja. Estudios recientes de la transición de la fecundidad indican que ésta ha estado impulsada principalmente por la difusión de información, ideas, valores y normas sobre control de la fecundidad. La ubicuidad de las reducciones de la fecundidad y los cambios normativos y de comportamiento que tal fenómeno entraña permiten suponer que un proceso similar puede estar detrás de la persistencia de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en los países desarrollados. Esta difusión podría conducir a un cambio de comportamiento similar en otras sociedades y dar lugar a la propagación de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de un grupo social a otro y de un país a otro.

La Sra. Henning afirmó que la revisión principal de las directrices fue el cambio del nivel de fecundidad previsto para 2050 (es decir, para el período de 2045 a 2050 o antes) en la variante media, para los países con fecundidad intermedia, de 2,1 hijos por mujer, como en la *Revisión de 2000*, a 1,85 hijos por mujer. En las variantes baja y alta, los niveles de fecundidad previstos para los países con fecundidad intermedia serían de 1,35 y 2,35 hijos por mujer, respectivamente. Las directrices para la proyección de la fecundidad en los países de fecundidad alta o los países de fecundidad baja no experimentarían cambios.

La Sra. Henning concluyó con una alusión al hecho de que hasta fechas recientes los demógrafos pensaban que la transición demográfica acabaría produciendo una situación estable, en la que la fecundidad se mantendría constante al nivel de reemplazo y se estabilizaría la población mundial. En cambio, ahora parece probable —añadió— que el mundo en conjunto podría atravesar un período prolongado de fecundidad por debajo

del nivel de reemplazo, que conduciría últimamente a una reducción de la población mundial. Este cambio de ideas sobre las tendencias a largo plazo del crecimiento de la población en el futuro ha sido trascendental.

Discusión

La discusión de las cuestiones planteadas en esta ponencia se prolongó durante toda la reunión, animada gracias a la presentación por los participantes de argumentos que les sugerían las presentaciones subsiguientes. En esta sección se incorporan algunos de los argumentos pertinentes presentados en sesiones subsiguientes, así como la discusión que se entabló inmediatamente después de la presentación de las directrices revisadas. En el apartado “Regreso al futuro: hipótesis propuestas de las Naciones Unidas” (Primera parte, pág. 27) del presente informe se presentan otras conclusiones de la reunión respecto a las directrices propuestas de las Naciones Unidas.

Se llegó a un acuerdo general de que la fecundidad en los países con fecundidad intermedia disminuiría a niveles por debajo del de reemplazo, pero se expresaron diversos puntos de vista respecto al ritmo al que se produciría este descenso. Se señaló que los países en desarrollo en los que la fecundidad ya está por debajo del nivel de reemplazo no eran representativos de todos los países en desarrollo. No obstante, también se indicó que los países con fecundidad intermedia, en los que la fecundidad había descendido rápidamente a niveles inmediatamente por encima del de reemplazo, constituían un grupo muy heterogéneo. Algunos participantes pusieron en tela de juicio la posibilidad de que la fecundidad en algunos países con fecundidad intermedia fuera realmente a caer por debajo del nivel de reemplazo para 2050. Otros participantes expresaron su confianza de que la fecundidad caería por debajo del nivel de reemplazo en muchos de los países con fecundidad intermedia más populosos, pese a su posible retraso en el desarrollo económico.

Se sugirió que, por una parte, reducir la fecundidad de 3,3 a 2,1 hijos por mujer en algunos de los países con fecundidad intermedia sería tarea difícil, pero que, por otra, el descenso de la fecundidad traería consigo cambios en la vida de las mujeres que propiciarían un descenso adicional de la fecundidad. Al disminuir la fecundidad las mujeres tendrían cada vez más libertad para desempeñar funciones sociales y económicas que no incluían la procreación. En consecuencia, la posibilidad de nuevas reducciones de la fecundidad mejoraría al aumentar la proporción de mujeres que permanecieran solteras o voluntariamente sin hijos en el matrimonio.

Se observó que el ritmo al que se produjese el cambio de la tasa de fecundidad dependería del nivel de fecundidad alcanzado. El ritmo de disminución tendería a ser más lento a niveles elevados de fecundidad, cuando la transición estaba empezando, que cuando la transición hubiera ganado impulso y se hubieran alcanzado niveles de fecundidad algo más bajos. No obstante, el ritmo sería más lento a medida que la fecundidad se fuese acercando a los 2 hijos por mujer. Estas normas de cambio de fecundidad se deberían incorporar en las proyecciones de fecundidad futura, en lugar de la norma de descenso lineal que parecía ser la base de la mayoría de las tendencias de fecundidad proyectadas para los países con fecundidad intermedia en la *Revisión de 2000*. Con este cambio, el nivel “previsto” de fecundidad se podría considerar como un “nivel mínimo”, por debajo del cual la fecundidad no disminuiría.

Varios participantes opinaron que usar un solo valor previsto para todos los países con fecundidad intermedia no era aconsejable y sugirieron la posibilidad de utilizar distintos valores para distintas regiones del mundo. No obstante, se hizo notar que los países que integran las regiones del mundo ya eran demasiado diversos para justificar un planteamiento regional de este tipo, aunque esta diversidad se podría tener en cuenta al agrupar a los países de otras formas.

Discurso principal

Después de la presentación de las nuevas directrices propuestas, el Sr. John Caldwell, catedrático de la Universidad Nacional Australiana pronunció un discurso.

EL RETO DEMOGRÁFICO CONTEMPORÁNEO

John C. Caldwell

El Sr. Caldwell comenzó diciendo que el momento actual era inesperadamente crítico para el cambio y para la política de población. El crecimiento demográfico continuaría siendo abrumador durante otros 50 años, pero los gobiernos de los países desarrollados parecían estar perdiendo interés en la cuestión. La tarea inmediata era mantener algunas de las actitudes, políticas y gastos en asistencia exterior que hasta ahora habían sostenido el descenso de la fecundidad en el mundo en desarrollo. Si esto no fuera posible, se podría llegar a un crecimiento demográfico mundial lento o estacionario, con una población de 10.000, 11.000 ó 12.000 millones de personas, en lugar de 8.000 ó 9.000 millones de personas. La diferencia que pueden suponer estas cifras para la sostenibilidad ambiental a largo plazo sería enorme. El Sr. Caldwell afirmó que era probable una merma del tamaño de la población en el futuro si los países desarrollados no llegan a obsesionarse con sus propias perspectivas de reducción de la población en los próximos decenios. Un motivo de inquietud era que la asistencia técnica a los programas de planificación de la familia en los países en desarrollo continuara mermando si las perspectivas de disminución de la población en los países desarrollados llegaran a convertirse en una preocupación obsesiva de política en esos países. Otra preocupación podría surgir si, como parecería probable en el futuro a largo plazo, los países con fecundidad por debajo de nivel de reemplazo adoptaran políticas pro-natalidad, dirigidas a estabilizar su volumen de población. Si esto sucediera, países de todo el mundo, incluidos los que todavía pudieran tener tasas de fecundidad relativamente altas, podrían tender a seguir el ejemplo y adoptar también medidas dirigidas a promover la natalidad.

El aspecto más difícil del comportamiento demográfico futuro en el mundo sería probablemente la migración internacional. La presión de los migrantes, tanto legales como ilegales, para entrar en los países desarrollados sería probablemente muy superior a los números que esos países estarían dispuestos a admitir. El crecimiento de las grandes ciudades de los países en desarrollo también planteaba una serie de cuestiones. En particular, se tenía que dar respuesta a los problemas de estado de salud de los pobres que viven en esas ciudades, mediante una indagación cuantitativa, para adoptar medidas correctivas. Por último, se necesitaba un trabajo especializado adicional para delinear y medir el efecto de la epidemia del VIH/SIDA.

El Sr. Caldwell concluyó con la observación de que ya no parecía haber barreras que impidieran a la mayoría de los países alcanzar una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Mientras que en el pasado se solía pensar que la transición demográfica conduciría a una población estacionaria, de crecimiento demográfico cero, en fechas más recientes hemos pensado en términos de un máximo de población seguido de un largo período de, tal vez, reducciones aceleradas. Este pudiera no ser un mal resultado.

Cuestiones mundiales que afectan a la transición de la fecundidad

El moderador, François Héran, presentó a los cuatro conferenciantes por turno. Más adelante, en el apartado “Del futuro de la fecundidad humana en la India” (Primera parte, pág. 39), se presenta un resumen del debate de los cuatro documentos.

LAS REPERCUSIONES DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO DE 1994 EN LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO

Jason L. Finkle

El Sr. Finkle examinó la dinámica política y las modalidades de influencia responsables de la forma y el fondo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, “la Conferencia de El Cairo”. La Conferencia —dijo— fue parte de un proceso que no terminó cuando se levantó la sesión. Ha continuado durante muchos años después, en tanto que gobiernos y organizaciones internacionales de toda índole se esfuerzan por adaptarse, o a veces por no prestar atención, al Programa de Acción de El Cairo. Al mismo tiempo, se debe reconocer el papel de anteriores conferencias de población de las Naciones Unidas en dar forma a la Conferencia de El Cairo y sus repercusiones.

El Sr. Finkle afirmó que las conferencias de población de las Naciones Unidas han evolucionado a lo largo de tres etapas. Primero vinieron las reuniones epistemológicas de Roma en 1954 y Belgrado en 1965, a las que los participantes estaban invitados a asistir en calidad de expertos. Su objetivo era discutir ideas científicas y problemas de carácter más general, y alentar la investigación y formación en cuestiones de población en el Tercer Mundo. No estaban autorizados ni se sentían inclinados a encontrar “compromisos” en nombre de sus gobiernos. Pese al valor intelectual de estas reuniones, no satisficieron a muchos países, a quienes preocupaba, si no alarmaba, el rápido crecimiento de población del mundo en desarrollo. Esto condujo a la segunda etapa: las conferencias intergubernamentales de Bucarest en 1974 y México, D.F. en 1984. En esta etapa, el centro de atención se desplazó de los conocimientos a la normativa. Para los gobiernos donantes y los militantes de la causa de la población, el principal objetivo de esas conferencias era dirigir la atención de los gobiernos a los problemas de la población y alentarlos y ayudarlos a reducir sus tasas de natalidad. El Cairo representó una tercera etapa de esta evolución, caracterizada por la presencia y participación activa de gran número de organizaciones no gubernamentales (ONG). El Sr. Finkle declaró que esta participación fue alentada activamente por los países donantes, en parte debido a su frustración por lo que consideraban ineficacia burocrática y una gestión de los asuntos públicos generalmente deficiente. Esto cambió fundamentalmente la dinámica de la Conferencia y fue responsable, en buena medida, del desplazamiento del centro de atención de la población y el desarrollo a cuestiones de género y salud genésica.

Evaluar el efecto de la Conferencia de El Cairo en las políticas y programas gubernamentales en todo el mundo es tarea compleja y ardua. Estudios realizados por Jason L. Finkle y Jack Kantner indican que el efecto directo e inmediato ha sido limitado y, de hecho,

algunas políticas y programas no han acusado ningún efecto. El cumplimiento retórico reflejado en declaraciones de dirigentes nacionales puede contribuir a un cambio de política, pero este cambio puede ser lento e incompleto. Tal vez sea demasiado esperar que las conferencias dicten políticas de población.

Más importante que los cambios programáticos concretos recomendados en El Cairo fueron la demanda clara y sin reservas de la igualdad de la mujer como asociada en pie de igualdad con el hombre en cada etapa de la vida y, por ende, implícitamente, el reconocimiento de la desventaja comparativa de la mujer en el momento actual. Una importante reserva, según señaló el Sr. Finkle, fue que los objetivos de El Cairo no se impulsaron, a su juicio, porque se usó una conferencia de población para luchar por los derechos de la mujer. El foro apropiado para esto había sido la conferencia de Beijing.

EL PAPEL DEL FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL EN LA REDUCCIÓN FUTURA DE LA FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA

Steven W. Sinding

El Sr. Sinding empezó con una aclaración de que en su documento examinaba el papel del financiamiento externo en las reducciones anteriores de fecundidad y especulaba sobre reducciones futuras en los países con fecundidad intermedia. El trabajo había comenzado con un intento de mostrar por métodos estadísticos que, en igualdad de circunstancias, los países con una firme voluntad política y considerable ayuda exterior lograban reducciones de fecundidad más rápidas que otros países. Lamentablemente, no surgieron conclusiones estadísticas significativas. Ahora bien, este hecho no se debería interpretar en el sentido de que la voluntad política y el financiamiento externo carecen de importancia, sino, más bien, que fueron medidos indebidamente y que su efecto quedó atenuado por otros factores que no se midieron. En particular, durante gran parte de la guerra fría, el dinero fluyó a los países en desarrollo no por razones ambientales sino geopolíticas.

Un método mejor, según indicó el Sr. Sinding, podría ser seleccionar pares de países en los que un país de cada par experimentase una reducción más rápida de la fecundidad. Entonces se podrían estudiar las diferencias entre cada par de países que pudieran responder de las distintas tasas de reducción de la fecundidad. Si bien este método carece de la elegancia del análisis de regresión múltiple, es más contextual y más atractivo al sentido común de observadores bien informados. Sobre la base de la experiencia de países tales como Bangladesh, Ghana, Indonesia y Kenya, el Sr. Sinding llegó a la conclusión de que la ayuda exterior no podría reemplazar a políticas acertadas de desarrollo, políticas de población y voluntad política. No obstante, cuando se dan estos factores, la ayuda exterior puede acelerar considerablemente el descenso de la fecundidad.

¿Dará lugar el financiamiento externo en el futuro a un descenso más rápido de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia? El Sr. Sinding no lo creía, no porque el financiamiento externo no fuera importante, sino porque no creía que se fuera a disponer de él. Lamentablemente, la ayuda a los programas de población no ha estado a la altura de los objetivos fijados en la Conferencia de El Cairo. Parece que la preocupación de los países y organismos internacionales por el crecimiento demográfico como cuestión de interés público e internacional, ha decaído en general. Esta falta de interés se ha puesto en evidencia en la ausencia de las metas de El Cairo en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, en el hecho de que en la conferencia de Johannesburgo sobre el medio ambiente no se mencionara la población como factor de los problemas ambientales y en la creciente preocupación de los medios informativos con el envejecimiento y la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Parecía poco probable que esa tendencia diese marcha atrás, o que la ayuda exterior a los programas

destinados a reducir la fecundidad aumentase en el futuro. El “movimiento de población” que surgió en los años 60 puede estar llegando a su fin. Los recursos nacionales y el continuo impulso de la norma de pequeñas familias que ese movimiento contribuyó a establecer pudieran ser mucho más importantes para el descenso de la fecundidad en el futuro que la ayuda exterior.

EXAMEN DE LOS CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DE LA MUJER Y EL GÉNERO COMO VARIABLES PREDICTIVAS DE CUESTIONES DE CAMBIO DE FECUNDIDAD EN PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA

María E. Cosío-Zavala

La Sra. María Cosío-Zavala propuso la introducción de una perspectiva de género en el estudio de la transición de la fecundidad, por la influencia decisiva, aunque desatendida, de las relaciones de género en el comportamiento de la fecundidad. Pasó revista a cuatro estudios de esas influencias y señaló indicadores y resultados que parecen particularmente pertinentes al estudio de la fecundidad decreciente. En un estudio de cinco países asiáticos se utilizaban varios indicadores de autonomía de la mujer, en particular el poder de tomar decisiones económicas, la libertad de movimiento personal, la libertad de la amenaza de daños físicos y el acceso a recursos económicos. Estudios realizados en África aportaban pruebas de dos modelos de comportamiento con respecto a la procreación. En el modelo tradicional, la elevada fecundidad se vincula a una escasa autonomía de la mujer, mientras que en el moderno, se vincula a una gran autonomía de la mujer. Los estudios realizados en América Latina se han concentrado en los papeles femenino y masculino en la crianza de los hijos. En un estudio llevado a cabo en Nigeria sobre el acuerdo de la pareja respecto a la autonomía de la esposa, se consideraban varios indicadores de la autoridad de la mujer para determinar si algunos de ellos estaban más íntimamente relacionados con los resultados reproductivos. Los seis indicadores utilizados reflejaban la participación de la esposa en las decisiones económicas de la familia, su contribución a los gastos familiares, su poder de tomar decisiones y el grado de acuerdo que existía entre los cónyuges respecto a la autoridad de la esposa. Una conclusión de este estudio es que, en Nigeria, es más probable que sea el marido, en vez de la esposa, el usuario de anticonceptivos si aprueba la planificación de la familia. En otro estudio en el que se utilizaban datos individuales de tres lugares de Asia meridional, se afirmaba que los sistemas de género influyen en el ritmo al que se produce la transición de la fecundidad y se llegaba a dos conclusiones. La primera, la autonomía de la mujer tiene un papel importante en el comportamiento con respecto a la procreación. La segunda, existen pruebas sólidas de que los sistemas de género tienen una función importante en el comportamiento con respecto a la procreación, aun después de tener en cuenta la autonomía de la mujer. El papel del poder de tomar decisiones de la mujer en el rápido descenso de la fecundidad en México puede evaluarse mediante una encuesta nacional sobre planificación de la familia. Los resultados de este estudio muestran que la potenciación de la mujer se vincula de manera positiva a su uso de anticonceptivos.

La perspectiva de género, concluyó la Sra. Cosío-Zavala, enriquece el marco teórico para el estudio del descenso de la fecundidad en los países en desarrollo. Varios indicadores que se han elaborado son muy útiles para ofrecer explicaciones. No obstante, en la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha se examinan sólo las intenciones respecto a los anticonceptivos y el tamaño deseado de la familia. No se hacen distinciones entre reducción de la fecundidad debido a la postergación o renuncia al matrimonio y reducción de la fecundidad debido al uso de anticonceptivos. Se necesitan más trabajos de investigación, pero se han dado importantes pasos hacia el entendimiento de la forma en que los sistemas de género influyen en el descenso de la fecundidad.

EL EFECTO DEL VIH-1 EN LA FECUNDIDAD EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Simon Gregson, Basia Zaba y Susan-Catherine Hunter

La Sra. Basia Zaba empezó con la descripción de los posibles efectos del VIH en la fecundidad. A este respecto, conviene señalar que 2,1 hijos por mujer representa el nivel de reemplazo sólo cuando los riesgos de mortalidad son bajos. Por ejemplo, en el grupo de países menos adelantados de las Naciones Unidas, la fecundidad de nivel de reemplazo es 2,7 hijos por mujer.

La Sra. Zaba señaló que el VIH afecta a la fecundidad a través de mecanismos biológicos que actúan en las mujeres seropositivas y de mecanismos sociales que actúan tanto en las mujeres seropositivas como en las seronegativas. En las seronegativas ello es el resultado del cambio de comportamiento debido a circunstancias personales y sociales creadas por la epidemia. Los factores biológicos incluyen pérdida del feto, amenorrea, creciente susceptibilidad a otras enfermedades de transmisión sexual, espermatogénesis decreciente, menor frecuencia del coito debido a las enfermedades, y aumento de la viudedad. Los factores masculinos afectan a las mujeres tanto seronegativas como seropositivas. Los factores sociales incluyen el aumento del divorcio y el menor número de nuevas nupcias, la disminución de la práctica de la lactancia materna, el creciente uso de preservativos, la disminución de las relaciones sexuales extramaritales y premaritales, la anticoncepción para evitar dejar huérfanos, y las reacciones de “reemplazo” y “prevención” frente a la creciente mortalidad infantil. Los cambios de comportamiento dirigidos a reducir el riesgo del SIDA suelen tener consecuencias en la fecundidad, aunque éstas pudieran no ser deliberadas.

El análisis de los datos derivados de encuestas de la comunidad, junto con modelos del efecto del VIH en la fecundidad, indica que la fecundidad de las mujeres seropositivas es de un 10% a un 50% más baja que la de las mujeres seronegativas de 20 años de edad en adelante. La diferencia es mayor en los países de alta fecundidad. No obstante, las repercusiones de la epidemia son mucho mayores que su efecto en las mujeres seropositivas, por los efectos de la selección de población y el cambio de comportamiento entre las mujeres seronegativas.

Discusión

Se señaló que la evaluación del efecto directo de la Conferencia de El Cairo en las políticas y programas gubernamentales pudiera no ser apropiada, incluso si este es el objetivo a largo plazo. La conferencia sirvió más bien para definir y replantear un ámbito de discusión dentro del cual se sometían a debate las cuestiones de población a largo plazo. Se consideró muy oportuno que el documento del Sr. Finkle girase en torno a la ideología como filosofía de las conferencias internacionales. En la Conferencia de Bucarest surgió una actitud “políticamente correcta”, que tenía mucho menos que ver con la población que con el “nuevo orden económico internacional”. Lo mismo se puede decir de la Conferencia de El Cairo, en la que el centro de atención se desvió de la planificación de la familia a los servicios de salud genésica. Ahora bien, eso no condujo necesariamente a un descuido de las cuestiones de población y desarrollo, ni fue el programa feminista que surgió en El Cairo incompatible con un enfoque en la población y el desarrollo. El costo humano para la mujer de la excesiva importancia que se está dando a las metas de planificación de la familia fue motivo de justificada preocupación. Además, atender a las preocupaciones de la mujer es una condición necesaria para abordar con éxito cuestiones de población y desarrollo. En general, los gobiernos nacionales parecen haber adoptado una actitud pragmática respecto a la población y siguen considerando a la población importante para el desarrollo. No obstante, conviene que las organizaciones no gubernamentales que participaron en El Cairo sean más conscientes de las cuestiones de población.

Se puso en tela de juicio el argumento del Sr. Sinding de que la preocupación por la baja fecundidad ha desviado la atención del problema del rápido crecimiento de la población. Se hizo notar que en Europa, donde se encuentran los países con los niveles de fecundidad más bajos del mundo, existe una preocupación considerable por el crecimiento demográfico. El Sr. Sinding respondió que, si bien eso es cierto, también lo es el hecho de que esos gobiernos están dedicando escasos fondos a programas de población. De hecho, debido a que la inmigración de países de crecimiento relativamente rápido es una cuestión delicada en Europa, existe una tendencia a evitar dicho financiamiento. Ningún país desea dar la sensación de que se está resistiendo a la inmigración al promover el control de población en los países de origen de sus inmigrantes. En apoyo del argumento del Sr. Sinding se señaló que se está transmitiendo un doble mensaje sobre el crecimiento demográfico: que puede ser demasiado lento en algunos países, pero demasiado rápido en otros. En cambio, durante los años 60, había un mensaje único en el que se advertía que todos los países debían tratar de reducir el crecimiento de la población. Existen motivos de preocupación de que, a largo plazo, las políticas en pro de la natalidad de los países de baja fecundidad puedan propagarse a los de fecundidad más alta.

Se sugirió que las políticas gubernamentales para aumentar la fecundidad son intrínsecamente más difíciles que las destinadas a reducirla. La razón es que éstas tienen que compensar a los padres por los hijos que dejan de tener, mientras que aquéllas tienen que compensarlos tanto por el costo de criar hijos adicionales como por los costos de oportunidad de tener hijos que no hubieran tenido de otro modo. El Sr. Sinding respondió que una razón por la que los demógrafos se han visto sorprendidos por la rapidez del descenso de fecundidad es que no se han percatado del efecto de las políticas. Tienden a pensar que el comportamiento demográfico es peculiarmente resistente a la intervención del gobierno. Sin embargo, se equivocaron con respecto al descenso de la fecundidad en los países donde ésta era alta y todavía puede que se vuelvan a equivocar en cuanto a la dificultad de las políticas para aumentar la fecundidad en países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. En respuesta, se sugirió que las políticas son de menor importancia en comparación con los movimientos políticos en masa. Europa ha ignorado 30 años de baja fecundidad, pero todavía no se ha producido un descenso considerable de la población. Si la población descendiera un tercio, probablemente habría una respuesta política y social.

La índole de los efectos de la política se demostró mediante una comparación entre México y el Brasil. México tiene una política de población. El Brasil no tiene ninguna. La fecundidad ha descendido rápidamente en ambos países. Sin embargo, esto no significa que la política carezca de importancia. El aborto es mucho más frecuente en el Brasil que en México. El descenso de la población puede ocurrir sin una política de apoyo, pero sólo a cambio de un alto costo social. La política puede facilitar la adaptación a los cambios que hubieran ocurrido en cualquier caso. El descenso de la fecundidad no es la única cuestión.

Se tomó nota de que la población mundial aumentará en más de 1.000 millones de personas entre 2000 y 2015 y que casi todo este crecimiento se producirá en los países en desarrollo, en particular en los países menos adelantados del mundo, en muchos de los cuales la fecundidad sigue siendo elevada. Un participante puso en duda la afirmación del Sr. Sinding de que se está prestando menos apoyo a las cuestiones de población y desarrollo, y se refirió al interés del Gobierno de los Estados Unidos y de varias fundaciones privadas. El Sr. Sinding respondió que varias de estas fundaciones habían cancelado sus programas de población. Otro participante señaló que, aunque el financiamiento externo es importante, no es necesariamente el factor principal. Por ejemplo, la República Islámica del Irán no ha recibido financiamiento externo desde la revolución y, sin embargo, la fecundidad ha descendido con mucha rapidez y está ahora inmediatamente por encima del nivel de reemplazo.

El Sr. Sinding dijo que es muy importante volver de nuevo a un concepto amplio de población en la planificación del desarrollo, con un compromiso con cuestiones tales

como la educación primaria y la atención de la salud. Añadió que la industria de la población, aunque tal vez en declive, sigue estando “viva y coleando”. Por último, puso de relieve la importancia de comprender el concepto del impulso del crecimiento de población y de formular políticas para enfrentarse a él. ¿Dónde es probable que vaya el financiamiento? ¿Cuál es la opción a la procreación precoz y frecuente?

Respecto al documento de la Sra. Cosío-Zavala, se señaló que la condición de la mujer es un concepto eminentemente social. En algunos contextos, las mujeres que tienen muchos hijos y no tienen que ejercer un empleo remunerado pueden disfrutar de una situación más elevada que otras mujeres. En algunos países en los que está aumentando la desigualdad entre el hombre y la mujer, observamos, de todos modos, un rápido descenso de la fecundidad. Esto indica que no existe una relación clara entre los dos fenómenos. Se sugirió que tal vez deberíamos insistir menos en el valor predictivo de las variables de género. Entre 1996 y 1998, la fecundidad descendió en todos los grupos de Sudáfrica, pero no mejoró la situación de la mujer. La explicación de este hecho parece haber sido, más bien, que la mujer se percató de las ventajas económicas de las familias pequeñas.

Se sugirió, con respecto a la intervención de la Sra. Zaba, que el efecto principal de la epidemia del VIH/SIDA es, probablemente, que se deje sentir en las mujeres no infectadas; que puede producirse una importante respuesta de comportamiento a medida que la epidemia vaya calando más en la conciencia pública. Otro participante observó que un análisis de los datos censales más recientes no ha hallado pruebas de que haya aumentado la viudedad en Kenya, pese a una grave epidemia del VIH/SIDA. Parece que cuando una mujer enviuda es incorporada en la familia del hermano de su marido. Si se consuma este nuevo matrimonio, la familia del hermano está en peligro. La Sra. Zaba respondió que existe, en efecto, el levirato, pero que hay una fuerte presión para que este matrimonio se mantenga estrictamente simbólico (rato o no consumado), precisamente por el riesgo de infección por el VIH. En respuesta a una pregunta sobre la supervivencia de los niños infectados con el VIH, la Sra. Zaba dijo que las estimaciones de mortalidad infantil debido al SIDA se han revisado a la luz de nuevos datos obtenidos a través de estudios de comunidades. Desdichadamente, las pruebas del VIH para niños son mucho más costosas que las pruebas para los adultos, por lo que estos datos sólo se suelen obtener en situaciones clínicas. Se recordó que la última encuesta demográfica y de salud de Malí incluye pruebas de prevalencia del SIDA para adultos.

Niveles, tendencias y determinantes de la fecundidad

La reunión continuó con la presentación de cuatro documentos de antecedentes sobre niveles y tendencias de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia y los determinantes de estos niveles y tendencias.

NIVELES Y TENDENCIAS DE FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES CON NIVELES INTERMEDIOS DE FECUNDIDAD

División de Población

El documento de antecedentes de esta sesión fue preparado por la División de Población de las Naciones Unidas y su presentación corrió a cargo de la Sra. Hanta Rafalimanana. El documento se concentraba en 54 países con fecundidad intermedia y una población de, al menos, un millón de personas en 2000, 12 de los cuales están en África, 21 en Asia, 20 en América Latina y el Caribe y uno en Oceanía. Durante los últimos 30 años, la fecundidad ha estado disminuyendo en todos estos países. El ritmo de descenso es más rápido en los países con fecundidad alta y más lento en los de fecundidad baja. La cambiante distribución por edad de la fecundidad sugiere que las mujeres de más edad contribuyeron más al descenso, salvo en África del Norte, donde el aumento de la edad al contraer matrimonio redunda en tasas de natalidad más bajas entre las mujeres más jóvenes. Aunque el uso de anticonceptivos es elevado, también lo sigue siendo la demanda no satisfecha de éstos, lo que indica la posibilidad de descensos adicionales de la fecundidad. En muchos países, la fecundidad descendió más rápidamente entre las mujeres que carecían de estudios que entre las que habían cursado estudios secundarios o superiores, y más rápidamente entre las mujeres de zonas rurales que entre las de zonas urbanas. Ahora bien, los descensos se habían producido en todos los grupos socioeconómicos estudiados, incluso en países donde el desarrollo iba a la zaga. La cuestión básica seguía siendo si la fecundidad en estos países descendería al nivel de reemplazo o por debajo de él sin nuevas mejoras de las condiciones socioeconómicas, y si se pueden sostener niveles de fecundidad relativamente bajos sin estas mejoras.

LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES Y EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA DE ÁFRICA OCCIDENTAL

Thérèse Locoh

La Sra. Locoh indicó al comienzo de su presentación que su documento se refería a los países de África occidental, en particular Ghana, el Camerún, Côte d'Ivoire, Nigeria y el Togo. De ellos, sólo Ghana ha entrado en el grupo de países con fecundidad intermedia, pero los otros están a punto de hacerlo, con tasas globales de fecundidad que sobrepasan ligeramente los 5 hijos por mujer. La fecundidad en África occidental está sujeta a una fuerte influencia de normas sociales y arreglos familiares. Existe una marcada preferencia por las familias numerosas. Los niños son atendidos por los miembros adultos de su linaje tanto como por sus padres. El matrimonio se contrae a una edad temprana y se practica la poligamia. Los regímenes matrimoniales en África occidental, que han sido favorables a la alta fecundidad, están cambiando. La influencia de la familia en las decisiones matri-

moniales ha disminuido, como lo demuestran el aumento de la edad media al contraer matrimonio, la disminución de la diferencia de edad entre los cónyuges, el ligero descenso de la poligamia y el aumento de la disolución del matrimonio. Las familias numerosas multigeneracionales son comunes, pero también lo son las que están dirigidas por una mujer. Los países en los que la fecundidad ha comenzado a descender son también aquellos en los que es más común que la mujer esté al frente de la familia. Las familias extensas tienen un importante papel en la educación de los niños, pero las dificultades económicas pueden haber debilitado este papel y ahora se observa que algunos adultos jóvenes y educados de zonas urbanas están adoptando un estilo de vida basado en una familia más nuclear, lo que entraña la necesidad de limitar el número de hijos que tienen.

Aunque se ha observado una rápida transformación de las estructuras familiares en África occidental, sus consecuencias para la fecundidad son inciertas. El efecto más importante del aumento de la edad de la mujer al contraer matrimonio pudiera ser el hecho de permitir a las mujeres jóvenes ser más independientes y desempeñar un papel más activo en las decisiones que afectan a su propia vida. Con respecto a las relaciones entre los cónyuges, se han observado dos tendencias: mayor autonomía de la mujer y relaciones más estrechas entre los cónyuges. Ambas pueden conducir a una fecundidad más baja. El uso de anticonceptivos no es común, incluso en los países con fecundidad más baja. La fecundidad ha disminuido como resultado del espaciamiento de los nacimientos, la separación de los cónyuges y las uniones sin compartir residencia. En varias ciudades de África occidental, en particular Duala, Yaundé, Accra y Abidján, las tasas globales de fecundidad han descendido a un nivel que oscila entre 2 y 3 hijos por mujer. Este descenso puede propagarse a otras ciudades de la región. Existe un deseo de tener familias más pequeñas, pero la disponibilidad de anticonceptivos es limitada.

¿Se impondrá la norma de familias pequeñas en África occidental en menos de 50 años? Probablemente no en el conjunto de los países del Sahel. Se adoptará en las ciudades más grandes, pero no necesariamente en las más pequeñas o en las zonas rurales.

LA EDUCACIÓN Y LAS TENDENCIAS FUTURAS DE FECUNDIDAD, EN PARTICULAR EN LOS PAÍSES EN MITAD DE LA TRANSICIÓN

John Cleland

El Sr. Cleland dijo que en su documento examinaba la relación entre la educación y el descenso de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia y, en particular, si esta relación permite suponer que la fecundidad en esos países descenderá por debajo de los niveles de reemplazo. En el documento se presentaba un modelo simple de la forma en que cambia la relación entre educación y fecundidad durante la transición de la fecundidad. En las sociedades que se encuentran en la fase anterior a la transición, el vínculo entre educación y fecundidad es tenue y variable. La mayoría de las personas ha recibido, si acaso, una educación formal muy rudimentaria y las diferencias de fecundidad son pequeñas. Al comenzar a disminuir la fecundidad, las diferencias de fecundidad por escolaridad tienden a aumentar, debido a que el tamaño de la familia disminuye primero entre los más educados y en último término entre los menos educados. Ahora bien, el tamaño de la familia entre los menos educados desciende después de un desfase, a partir del cual las diferencias de fecundidad por grado de instrucción empiezan a disminuir. Hacia el final de la transición tienden a desaparecer. Existen abundantes pruebas que avalan este modelo temporal de la cambiante relación entre educación y fecundidad.

El Sr. Cleland hizo hincapié en que la perspectiva temporal permite hacerse una mejor idea del posible papel de la escolaridad en el descenso de la fecundidad en el futuro que la perspectiva de sección transversal, más común. El comportamiento con respecto a la procreación de la clase selecta más educada es, probablemente, el mejor indicio del futuro comportamiento del resto de la población. Las parejas que han recibido una buena educación representan la vanguardia del cambio, que las no tan educadas probablemente

seguirán en el futuro. Las pruebas del pasado sugieren que se producirá una convergencia entre los estratos de educación al terminar la transición de la fecundidad. Probablemente no hay mejor guía para el pronóstico de la fecundidad en el ámbito nacional que suponer que los estratos menos privilegiados seguirán los pasos de los más privilegiados. Por supuesto, la rapidez con la que esto suceda puede variar mucho de un país a otro. Un corolario de esta perspectiva temporal es que la consideración detallada de las tendencias futuras de escolaridad y su efecto en la fecundidad puede ser una mala inversión de tiempo y recursos.

LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA FUERZA LABORAL

Lin Lean Lim

La Sra. Lin comenzó su intervención con la observación de que el reciente aumento de la participación de la mujer en la fuerza laboral en los países con fecundidad intermedia no conducirá necesariamente a una fecundidad más baja. Una relación inversa entre participación de la mujer en la fuerza laboral y la fecundidad se observará sólo si se dan determinadas condiciones. Dos de las condiciones más importantes son, primero, que las circunstancias dificulten a la mujer dedicarse simultáneamente a la procreación y a la fuerza laboral, y segundo, que le cause más satisfacción el trabajo que tener hijos. Sin embargo, muchos de los trabajos a los que se ha dedicado la mujer no proporcionan una gran satisfacción, y muchos de ellos no están seriamente reñidos con la procreación. El aumento de la participación femenina en la fuerza laboral parece haber estado acompañado de un deterioro general de la calidad del trabajo, por lo que no se puede suponer que conduzca a un descenso de la fecundidad.

La Sra. Lin señaló numerosos indicadores de la calidad de la participación de la mujer en la fuerza laboral, en particular la proporción de empleo asalariado, el nivel de seguridad que proporciona el empleo, si el empleo tiene su base en el hogar, el grado de segregación ocupacional y si el empleo ofrece incentivos para el uso de trabajo de menores. Sugirió, en conclusión, que los intentos de vincular la participación de la mujer en la fuerza laboral a la fecundidad deberían ir más allá de las tasas de participación en la fuerza laboral y examinar la calidad del empleo.

Discusión

La discusión comenzó con el documento de antecedentes sobre niveles, tendencias y determinantes de la fecundidad. Un experto recomendó cautela en el uso de estadísticas de los países del Golfo Pérsico, muchos de los cuales, afirmó, tienen una gran proporción de trabajadores extranjeros. Las tasas globales de fecundidad a escala nacional pudieran ser bastante bajas debido a este hecho, pero las poblaciones nativas de estos países tienen algunas de las tasas de fecundidad más altas del mundo. La Sra. Rafalimanana respondió que esta circunstancia se había tenido plenamente en cuenta en las estimaciones presentadas en el documento de antecedentes. Otro experto señaló que se habían producido importantes cambios en las tendencias de nupcialidad en algunas zonas de Asia sudoriental, donde la proporción de mujeres de alrededor de 30 años que nunca se habían casado oscilaba entre, aproximadamente, el 10% y el 30%.

Varios participantes en la reunión expresaron la favorable impresión que les había causado la presentación de la Sra. Locoh sobre la estructura de la familia y la fecundidad en África occidental. Se señaló que hay una franja de baja fecundidad que cruza África occidental, aunque está oscurecida por la gran penetración hacia el norte de Nigeria, y que las diferencias de fecundidad entre zonas rurales y urbanas son mayores aquí que en cualquier otro lugar del mundo. Varios participantes lamentaron la falta de estudios similares sobre América Latina.

La conclusión del Sr. Cleland de que el estudio detallado de las tendencias futuras de escolaridad y su efecto en la fecundidad podría ser una mala inversión de recursos fue refutada por varios participantes. Se señaló que, si bien la diferencia de educación podría, efectivamente, ser menos importante en el futuro, sigue siendo de interés e importancia durante la transición. No obstante, se observó asimismo que el “valor agregado” de esos estudios para fines de proyección se debía tener presente, ya que es posible dedicarles mucho tiempo y esfuerzo sin ver demasiado cambio en los resultados de la proyección. Se debería dar preferencia al trabajo más básico de obtener estimaciones exactas de tasas de fecundidad del pasado reciente.

Se indicó que la cambiante composición de la educación en la India sólo da cuenta de cerca del 20% del cambio de la fecundidad. El cambio se debe en su mayor parte al descenso de la fecundidad entre las mujeres analfabetas. La propagación de la educación y la creciente difusión del conocimiento a través de numerosas fuentes distintas de la escuela, han dado lugar a un cambio del significado y la manera en que se percibe la educación en la sociedad en general. Las mujeres que han tenido, si acaso, pocos estudios, pueden reconocer las ventajas de sacrificar la cantidad a la calidad para el bien de sus hijos y optar por tener menos hijos para poder educarlos mejor. Los niños con menos hermanos se benefician tanto de la menor dilución de los recursos familiares disponibles para la educación como de no tener que pasar tiempo ayudando a su madre a cuidar de los hermanos más pequeños.

Los argumentos de la Sra. Lin respecto a la calidad de la participación de la mujer en la fuerza laboral fueron generalmente aceptados. Un participante expresó su asombro por la composición de los datos para Asia y el Pacífico y preguntó si los datos sobre participación en la fuerza laboral estaban midiendo distintas cosas en distintos países, con lo que dirigió la atención a la importancia de investigar los problemas de los datos.

Políticas y programas nacionales

Durante esta sesión se presentaron dos documentos. El moderador, Sr. Dov Friedlander, presentó los documentos y presidió el debate que se entabló a continuación.

OPINIONES Y POLÍTICAS GUBERNAMENTALES RESPECTO AL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y LA FECUNDIDAD EN PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA

División de Población

El documento de antecedentes para esta sesión fue preparado por la División de Población de las Naciones Unidas y presentado por el Sr. Anatoly Zoubanov. En su presentación hizo un reseña de las políticas y las opiniones de gobiernos de países con fecundidad intermedia sobre fecundidad, planificación de la familia, salud genésica y cuestiones afines. La mayoría de los países con fecundidad intermedia han tenido políticas para reducir la fecundidad durante los últimos 25 años. La proporción de los gobiernos que ha adoptado una política para reducir la fecundidad aumentó del 47% en 1976 al 63% en 2001. El porcentaje de países con fecundidad intermedia que presta apoyo directo para la planificación de la familia ha aumentado en los últimos 25 años. A raíz de la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, en 1994, muchos gobiernos han revisado sus políticas nacionales de salud y población y han incorporado la planificación de la familia en las políticas de salud genésica y general.

MEDIDAS DE ESFUERZO DE PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA: TENDENCIAS PASADAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

John A. Ross

El Sr. Ross observó que, mientras que otros documentos presentados en esta reunión habían tratado de la fecundidad, el suyo se ocupaba del esfuerzo del programa de planificación de la familia y los cambios en el uso de anticonceptivos. Un examen del uso de anticonceptivos en los países con fecundidad intermedia llevó a las siguientes observaciones: el movimiento ascendente ha sido notablemente constante; no se observan indicios de nivelación; existen considerables diferencias de nivel, y las tendencias en Asia, América Latina y África del Norte y Oriente Medio son muy similares. El Sr. Ross planteó la cuestión de hasta qué punto podrían llegar las medidas de uso de anticonceptivos y esfuerzo del programa. Un límite máximo del uso de anticonceptivos podría ser del orden del 80% al 85%. Una proporción de uso del 75% al 85% es generalmente compatible con la fecundidad de nivel de reemplazo. Las tendencias futuras de esfuerzo del programa y sus efectos en el uso de anticonceptivos están sujetas a influencias tanto positivas como negativas. El efecto neto variará de un país a otro, pero la mayoría de los programas tienen amplio margen de mejora y la experiencia del pasado es alentadora. Todavía no se han observado señales de un descenso del uso de anticonceptivos en los países con fecundidad intermedia y las puntuaciones del esfuerzo de sus programas han estado aumentando. No obstante, ambas tendencias están vinculadas a cambios en circunstancias sociales cuya continuación no está totalmente asegurada.

Discusión

Un participante preguntó hasta qué punto las medidas del esfuerzo del programa de la familia a las que se hacía alusión en el documento del Sr. Ross reflejaban comportamientos e ideas del gobierno y hasta qué punto, la demanda pública. Otro participante preguntó cómo abordaba la metodología de esfuerzo del programa la diversidad de ejecución en el plano subnacional que resultaba de la descentralización del programa de planificación de la familia. El Sr. Ross respondió que las medidas de esfuerzo se derivaban de preguntas dirigidas a personas que conocían a fondo el programa de planificación de la familia del país. En el caso de los programas descentralizados, se esperaba que los informantes “sacaran un promedio” de todo el país al formular su respuesta. Las medidas no incorporaban ningún componente directo que reflejase la demanda de medios anticonceptivos. Se sugirió que en el documento del Sr. Ross se subrayaban varias observaciones formuladas anteriormente en la reunión, según las cuales las acciones de los países tienen poca relación con las declaraciones que se hacen en conferencias internacionales. Aun así, se admitió que el análisis del esfuerzo del programa era alentador. El debate concluyó con un breve comentario sobre la situación de México, donde el uso de anticonceptivos es de alrededor del 70% y el esfuerzo del programa puede haber llegado a su límite máximo.

Expectativas futuras de fecundidad

EL FIN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN EL MUNDO EN DESARROLLO

John Bongaarts

El Sr. Bongaarts dio comienzo a su intervención con la observación de que el comportamiento con respecto a la procreación ha cambiado rápidamente en gran parte del mundo en desarrollo en los últimos 40 años. Los descensos de la fecundidad de los últimos tiempos han sido más rápidos y generalizados de lo que se esperaba. Las teorías convencionales tienen poco que decir sobre el ritmo de descenso de la fecundidad o el nivel al que se estabiliza al final de la transición. El objetivo de este estudio era señalar regularidades en el historial anterior que pudieran ofrecer indicios de tendencias futuras. Se llegó a tres conclusiones principales. Primero, el curso futuro de la fecundidad dependerá esencialmente del desarrollo humano, como se indica en el análisis de regresión de tendencias anteriores en fecundidad y —como representación del desarrollo humano— alfabetización y la esperanza de vida al nacer. Segundo, el ritmo del descenso de la fecundidad se irá retrasando a medida que los países se vayan acercando a las últimas etapas de la transición de la fecundidad. Esto es de esperar, pero las encuestas demográficas y de salud realizadas durante el decenio de 1990 han indicado que el descenso de la fecundidad se ha interrumpido en varios países grandes con fecundidad intermedia, en los que anteriormente se habían registrado descensos de consideración. Tercero, se puede esperar que la fecundidad promedio permanezca considerablemente por encima del nivel de reemplazo hasta, al menos, 2025. La proporción de países en desarrollo con fecundidad por debajo de 2, actualmente 1 de cada 10, aumentará sin duda con el tiempo, pero es casi seguro que será de menos de la mitad para el período de 2020 a 2025.

LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DURANTE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

Jean-Pierre Guengant

El Sr. Guengant empezó con una observación sobre la importancia de los “determinantes próximos” para proyectar la fecundidad futura en los países con fecundidad intermedia. Desde comienzos del decenio de 1980, la División de Población de las Naciones Unidas ha realizado evaluaciones periódicas de la proporción y la tendencia del uso de anticonceptivos en todos los países del mundo sobre los que se dispone de datos. La última evaluación, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (Naciones Unidas, Nueva York, 2000), incluye la proporción proyectada del uso de anticonceptivos a escala regional hasta 2025, basada en las hipótesis de fecundidad de *World Population Prospects: The 1998 Revision (Previsiones demográficas mundiales. Revisión de 1998)* (Nueva York, Naciones Unidas, 2001). Es importante examinar las relaciones entre fecundidad y tendencias en el uso de anticonceptivos en los países con fecundidad intermedia.

El Sr. Guengant había llevado a cabo un análisis de estos datos con ayuda del programa informático FAMPLAN. Consciente de las limitaciones de los datos disponibles, calculó la proporción del uso de anticonceptivos necesaria para alcanzar las tasas de fecundidad de 2025 y 2050 de la *Revisión de 2000* en cada una de las ocho regiones

en desarrollo, siempre que todos los demás factores permanecieran constantes. Por ejemplo, en Asia occidental, la proporción de uso de anticonceptivos deberá ser del 66% para 2035, para llegar a una tasa global de fecundidad de 2,3 hijos por mujer, valor de la variante baja dado en la *Revisión de 2000*. Este y otros ejercicios similares indican que no se puede dar por descontado que la fecundidad en todos esos países llegue pronto al nivel de reemplazo. Para concluir, el Sr. Guengant señaló que, aunque no proponía que la fecundidad se proyectase mediante la proyección de sus determinantes próximos, recomendaba decididamente el estudio de la relación entre las proyecciones de fecundidad y las proyecciones de determinantes próximos al hacer las proyecciones.

Discusión

Se inició el debate con una observación sobre el documento del Sr. Bongaarts. Se indicó que si la División de Población hubiera organizado una reunión sobre este tema para los países europeos en el decenio de 1960 se habría llegado a la misma conclusión: que la fecundidad no descendería con tanta rapidez. El análisis de regresión múltiple, en particular, puede ser engañoso. El Sr. Bongaarts señaló que los Estados Unidos tenían una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo durante los años 30 y que los numerosos demógrafos que, basados en este dato, habían pronosticado continua fecundidad baja no previeron el “auge de nacimientos”. De manera análoga —añadió— la Oficina del Censo de los Estados Unidos tampoco supo prever “el declive de natalidad” en fechas tan recientes como los años 70. Este fue un fracaso del pronóstico por “tendencias”, que no se debería repetir.

Con respecto a la relación negativa entre fecundidad y alfabetización, se señaló que la causalidad podría actuar en ambas direcciones. En muchas sociedades, la fecundidad decreciente significa que los niños dedican menos tiempo y esfuerzo a ayudar a su madre a cuidar de sus hermanos menores y, por tanto, están en mejor situación de aprovechar las oportunidades de educación. A esto siguió una discusión sobre la calidad de los datos de la encuesta demográfica y de salud que indicaban interrupciones del descenso de la fecundidad. Se mencionó que las encuestas de fecundidad con frecuencia indican un descenso enorme, pero falso, de la fecundidad inmediatamente antes de realizar la encuesta, norma que se pone de manifiesto claramente cuando se dispone de dos o más encuestas sobre el mismo país. El Sr. Bongaarts convino en que esto era cierto, pero puntualizó que la tendencia indicada por sucesivas encuestas será exacta si el error de las estimaciones es el mismo en cada encuesta.

Un participante recordó que el economista Herbert Stein dijo en una ocasión que “una tendencia que no puede continuar no continuará”. Pero, ¿qué motivo hay para esperar que la fecundidad se estabilice al llegar a 2,2 hijos por mujer en lugar de a 1,8 hijos por mujer o algún otro número? ¿Y no deberían las variables en la regresión del Sr. Bongaarts incluir la explosión de las comunicaciones? El Sr. Bongaarts puntualizó en su respuesta que no esperamos que ningún país alcance exactamente el nivel previsto de fecundidad. Queremos que éste sea un número que reduzca al mínimo la diferencia entre la fecundidad real y la fecundidad prevista en todos los países. Otro participante llamó la atención sobre la importancia de la “fecundidad no deseada”. Esto ha sido extremadamente importante en los Estados Unidos, donde la fecundidad no deseada ha sido de alrededor de 0,5 hijos por mujer y no cambió entre comienzos del decenio de 1980 y comienzos del de 1990. El Sr. Bongaarts estuvo de acuerdo con esta observación.

En la cuestión del descenso de la fecundidad y los “determinantes próximos”, un participante sugirió que proyectar la fecundidad mediante la proyección de las variables intermedias conduciría a proyecciones muy cautelosas, sobre todo a causa de las limitaciones de la medición del aborto y la separación de los cónyuges. El Sr. Guengant respondió que era plenamente consciente de las limitaciones teóricas de la estructura de los determinantes próximos y que no había sugerido que las proyecciones de fecundidad se basaran en ellos únicamente. No obstante, los modelos de determinantes próximos pueden arrojar una luz útil sobre la cuestión al dirigir la atención a las discrepancias entre proyecciones de fecundidad y proyecciones de uso de anticonceptivos.

Reflexiones de los Embajadores

El Sr. Joseph Chamie, Director de la División de Población de las Naciones Unidas y moderador de la sesión, empezó diciendo que era un gran honor la presencia en la reunión de representantes de cuatro misiones permanentes ante las Naciones Unidas: Egipto, la República Islámica del Irán, Brasil y México. A continuación, presentó a los cuatro oradores por turno.

Excelentísimo señor Ahmed Aboul Gheit (Egipto)

El Excelentísimo Señor Aboul Gheit se refirió a las repercusiones de las tendencias de la población y la fecundidad para el futuro de Egipto. El Ministerio de Salud de Egipto ha informado que cada 2,3 segundos nace en Egipto un niño y que para 2025 la población egipcia oscilará entre 93 y 100 millones de habitantes. En comparación, en 1913, el país tenía sólo 13 millones. Esto supone un aumento colosal. Sólo un 4% de la superficie de Egipto es arable. Gran parte del país es desierto, sin lluvia, de manera que la agricultura depende del Nilo. Esta situación se agrava por la pérdida de superficie cultivable en aras del desarrollo. La población de El Cairo es ahora de 23 millones. Imaginen, entonces —dijo Su Excelencia—, la tarea a la que se enfrentan los encargados de formular políticas en Egipto al contemplar el panorama del año 2025. Hoy ya somos cerca de 70 millones. Añadir otros 30 millones exigirá la creación de 600.000 a 800.000 puestos de trabajo al año, y esperamos erradicar el analfabetismo para 2025. ¿Cómo vamos a estabilizar la explosión demográfica? Hemos estado adoptando las medidas necesarias en programas de planificación de la familia, salud y educación. Ninguna aldea carece de clínica, y la gente se está percatando de las consecuencias negativas de tener una familia numerosa. Para concluir, el Excelentísimo Señor Aboul Gheit puso de relieve el papel de la globalización en el cambio demográfico. La televisión está en todas partes y ha afectado el comportamiento de planificación de la familia en Egipto.

Excelentísimo señor Nassrollah Kazemi Kamyab (República Islámica del Irán)

El Excelentísimo Señor Kazemi Kamyab se refirió a la educación y la atención de la salud como dos elementos que han influido poderosamente en los programas de salud genésica, los programas de planificación de la familia y el comportamiento de la fecundidad en la República Islámica del Irán durante los últimos 20 años. Se han realizado extraordinarios adelantos en estos sectores, como resultado de un proceso integral socioeconómico y cultural que ha abarcado todos los sectores pertinentes. Incluso en el plano vecinal, por ejemplo, las reuniones tradicionales para recitar el Corán han incluido sesiones de preguntas y respuestas sobre cuestiones de salud genésica. A finales del decenio de 1990, más de 97% de la población infantil estaba matriculada en escuelas de enseñanza primaria. La alfabetización de adultos ha aumentado de menos del 60% en 1988 a más del 80% a finales del decenio de 1990, y la tasa de alfabetización de mujeres adultas casi se ha duplicado, al pasar del 46% al 80%. Un firme compromiso político para el logro de estos resultados ha ido acompañado de la adopción de políticas y programas de desarrollo y una eficiente infraestructura.

Su Excelencia señaló que en 1988 la República Islámica del Irán puso en marcha una gran variedad de programas de salud genésica y planificación de la familia. Estos programas están incorporados en los servicios de atención primaria de la salud y han sido ejecutados de manera enérgica. En consecuencia, la tasa de mortalidad materna ha descendido de 237 muertes por 100.000 mujeres en 1988 a 37 por 100.000 a finales del decenio de 1990. La inmunización de los niños es casi universal y la mortalidad infantil ha descendido de 173 por mil nacimientos a 33 por mil nacimientos. La tasa de uso de anticonceptivos modernos ha aumentado al 55% y la tasa de crecimiento de la población ha disminuido del 3,2% en 1986 al 1,4% en 2001.

Para concluir, Su Excelencia puso de relieve algunas de las dificultades a las que se enfrentará la República Islámica del Irán en el futuro próximo. El principal escollo será la elevada tasa de desempleo, que está sometiendo a graves presiones los recursos públicos. A menos que la inversión privada y la educación superior alivien la situación, el sector público tendrá que aportar más recursos. Dado que los niños del “auge de natalidad” de los primeros años 80 llegarán pronto a la edad de contraer matrimonio, los servicios de salud genésica y planificación de la familia necesitan más recursos financieros y humanos. En el Ministerio de Salud esta situación se ha vivido como una crisis, que exigirá un ingente esfuerzo y un fuerte apoyo de las instituciones multilaterales, en particular del Fondo de Población de las Naciones Unidas. La familia, la educación y la salud dependen en alto grado de los fondos del Gobierno, lo que las hace vulnerables a los cambios de las rentas públicas y las normas de gastos. Una mayor intervención del sector privado en estas actividades podría reducir esas vulnerabilidades.

Señor José Ramón Lorenzo, Primer Secretario (México)

El Sr. Lorenzo señaló que la política de población del Gobierno mexicano se remonta a 1974, cuando el Gobierno adoptó una actitud más comprensiva respecto a la relación entre planificación de la familia y desempleo y pobreza. Las políticas de población han tenido grandes repercusiones. En 2001, México tenía una tasa de uso de anticonceptivos del 70%. Con respecto al futuro, el Sr. Lorenzo afirmó que el Gobierno esperaba que continuase el descenso de la tasa de mortalidad infantil. La tasa de crecimiento de la población ha ido disminuyendo y se prevé que la población empiece a disminuir para 2044. No obstante, hasta entonces, se habrá producido un gran aumento del número de personas en edad activa y de las personas de edad. El futuro presenta tanto oportunidades como dificultades. El menor número de nacimientos permitirá aumentar la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación. Disminuirá la presión para proporcionar trabajo y para que la gente emigre al extranjero. El Sr. Lorenzo dijo que el Gobierno espera que disminuya la emigración. Las dificultades incluyen el envejecimiento de la población y la creciente demanda de servicios de salud para los ancianos. El Gobierno es plenamente consciente de estos problemas y, como medida preventiva, ha reformado el sistema de pensiones. Se prevé que el envejecimiento de la población dé por resultado un desplazamiento del poder electoral.

Señor Alex Giacomelli da Silva, Segundo Secretario (Brasil)

El moderador Joseph Chamie hizo la presentación y explicó que el representante del Brasil pronunciaría unas breves palabras, después de las cuales la Sra. Ana María Goldani presentaría información adicional sobre la situación del Brasil. El Sr. da Silva indicó que la población del Brasil había experimentado un aumento de más del triple entre 1952 y 2000, de 52 millones a 170 millones de habitantes. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 40 a 68 años y la tasa global de fecundidad ha descendido de 6,2 a 2,3 hijos por mujer. Añadió que estos datos son importantes y seguidamente pidió a la Sra. Goldani que presentara sus observaciones. La Sra. Goldani empezó diciendo que el Brasil debería considerarse “un caso aislado” en la historia de la transición demográfica. Aunque el Brasil es un país rico, con fecundidad baja, no tiene un programa oficial de planificación de la

familia. Varias políticas del Gobierno brasileño que se pusieron en práctica entre 1975 y 1985 tuvieron efectos imprevistos. Crearon una demanda de servicios de planificación de la familia que se atendió con la esterilización. Este es el motivo del importante papel que ha tenido la esterilización en el descenso de la fecundidad en el Brasil.

Discusión

Un participante preguntó, con respecto a Egipto, sobre el papel de los imanes en la planificación familiar. ¿Cómo han interpretado el Corán en este aspecto? Se le respondió que la idea de que el Corán está en contra de la planificación de la familia es un estereotipo y que no hay nada contra la planificación de la familia en el Corán. El Islam es una religión muy pragmática. El Gobierno de Egipto no había tenido dificultad en reclutar dirigentes religiosos para los trabajos de planificación de la familia.

Otro participante preguntó cómo se logró el descenso de la mortalidad infantil en la República Islámica del Irán. La respuesta fue que, a comienzos del decenio de 1980, la República Islámica del Irán había hecho grandes esfuerzos para erradicar la pobreza. Estos esfuerzos se concentraron principalmente en zonas en las que se realizaron importantes inversiones en desarrollo agrícola, atención de la salud e inmunización y, en particular, educación. Se señaló que la experiencia de la República Islámica del Irán era muy impresionante. ¿Cuál era el papel de los dirigentes religiosos en la planificación de la familia? ¿Qué métodos se habían usado? La respuesta fue que la jerarquía religiosa de la República Islámica del Irán reconoce plenamente la importancia de la planificación de la familia y la salud genésica. El Ministerio de Salud se ha valido del gran número de reuniones de recitación del Corán para difundir información. Los Ministerios de Salud y Educación participaban con éxito en esta labor, al igual que las organizaciones no gubernamentales femeninas. Con respecto a los métodos anticonceptivos usados, el 60% son métodos modernos. Además, las parejas asisten a seminarios donde les facilitan amplia información antes del matrimonio. Los servicios de atención de la salud proporcionan anticonceptivos y las entidades privadas también reciben subvenciones oficiales para este fin. El trabajo está respaldado principalmente con fondos del Gobierno. Parece que se reconoce generalmente la importancia de estos programas.

Regreso al futuro: hipótesis propuestas de las Naciones Unidas

El Sr. Chamie, Director de la División de Población, actuó de moderador de la sesión y abrió el debate con varias observaciones. En primer lugar —dijo— las reuniones de esta índole son una fuente de información valiosa para la labor de la División de Población, que se beneficia en alto grado de la experiencia de los participantes. En segundo lugar —subrayó— el crecimiento de la población mundial no ha terminado. La proyección de variante media en la *Revisión de 2000* muestra un crecimiento de la población mundial de 6.100 millones en 2000 a 9.300 millones en 2050, un aumento de 3.200 millones de personas, o más del 50%. Casi todo este crecimiento se producirá en los países menos desarrollados del mundo y, en gran parte, en las zonas urbanas. La mitad del crecimiento tendrá lugar en un número reducido de países, en particular, Bangladesh, China, la India, Indonesia, Nigeria y el Pakistán. Es necesario prestar atención especial a esos países. La población mundial no se ha estabilizado, insistió el Sr. Chamie. El impulso demográfico hará que continúe el crecimiento de la población mundial durante muchos decenios, incluso si el nivel de fecundidad en los países con fecundidad intermedia desciende por debajo del nivel de reemplazo para 2050.

Un tercer punto, igualmente importante, continuó el Sr. Chamie, es que, aunque se espera que la fecundidad en los países con fecundidad intermedia siga disminuyendo, la tasa de descenso probablemente disminuirá a medida que se vayan alcanzando niveles más bajos. Esta situación se puede comparar a la de un tren que se acerca a una estación. No puede entrar en ella a toda velocidad, tiene que reducir la marcha a medida que se va aproximando. Un cuarto punto es el principio adoptado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, según el cual todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Quinto, habrá grandes variaciones en el futuro. La División de Población toma en consideración la epidemia del VIH/SIDA en sus proyecciones, pero no trata de pronosticar desastres. Las proyecciones de la División suelen prever la mejoría de la situación humana y el continuo adelanto del bienestar humano. Por último, para volver al objetivo concreto de esta reunión, la División de Población propone la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo como directriz para proyectar la fecundidad en los países con fecundidad intermedia. Al hacerlo, la División dirige su mirada más allá de 2025, como lo exige su mandato. Sobre la base de los resultados de esta reunión, la División probablemente revisará el nivel previsto de fecundidad a 1,8 ó 1,9 hijos por mujer, en lugar de 1,85 hijos por mujer como se había propuesto originalmente, para evitar dar una falsa impresión de exactitud.

A continuación, el Sr. Chamie abrió la reunión al debate general. Numerosos participantes aprovecharon esta ocasión para expresar su agradecimiento a la División de Población por una reunión constructiva, provechosa y fructífera, que había abierto nuevas vías a un tema importante.

Varios participantes secundaron la idea de revisar el nivel de 1,85 hijos por mujer previsto en las directrices propuestas a 1,9 hijos por mujer. Se adujeron tres razones en apoyo de este cambio. Primera, sería extraño que el nivel previsto para los países con fecundidad intermedia fuera más bajo que el nivel previsto para los países con fecundidad

baja. Segunda, los dos dígitos detrás de la coma dan una impresión falsa de exactitud. Tercera, la existencia de efectos “calendario”, que se puede suponer que funcionarán en el futuro para los países con fecundidad intermedia lo mismo que funcionan ahora para los de fecundidad baja, es un argumento a favor de la selección de un valor más alto en lugar de otro más bajo.

La discusión se orientó entonces hacia la cuestión general de las nuevas directrices propuestas para proyectar la fecundidad en los países con fecundidad intermedia en la *Revisión de 2002* de las estimaciones y proyecciones oficiales de población mundial de las Naciones Unidas. Se expresaron diversas opiniones, algunas sobre cuestiones generales que afectan a todos o a la mayoría de los países, otras sobre la situación de países determinados. Se señaló que existían dos conceptos de lo que sería la situación a largo plazo: el de un mundo más homogéneo y el de un mundo cada vez más dividido por disparidades económicas y sociales. La globalización de las comunicaciones en todo el planeta ha hecho que el segundo de estos conceptos sea más peligroso que nunca, porque en los países menos desarrollados del mundo la población suele ser consciente de la disparidad que existe entre su situación y la situación de la mayoría de los países más desarrollados. Al mismo tiempo, la idea de la globalización tiende a hacer olvidar a la población de los países más desarrollados que todavía vivimos en un mundo dividido. La idea de que todos los países con fecundidad intermedia se dirigirán hacia un nivel previsto fijo de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo se asocia de manera más natural con el concepto de un mundo más homogéneo. No obstante, no tiene que ser necesariamente ineludible que un mundo en el que existan considerables disparidades con respecto al desarrollo económico y social suponga un mundo de niveles de fecundidad igualmente dispares, pues la adversidad, lo mismo que el desarrollo, puede conducir a una fecundidad baja.

Se expresaron distintas opiniones sobre la aplicabilidad de las nuevas directrices propuestas. Algunos participantes dudaron de que un descenso del actual nivel de 3,2 hijos por mujer en los países con fecundidad intermedia a menos de 2,1 hijos por mujer se produjera tan fácilmente como las nuevas directrices parecen indicar. Se afirmó que no se puede partir del supuesto de que las condiciones previas para dicho descenso, en particular el desarrollo social y el apoyo a la planificación de la familia y los programas de salud genésica, estén automáticamente presentes, sobre todo si la idea de que la elevada fecundidad y el crecimiento demográfico ya no son un problema que encuentra eco en los formuladores de políticas, las instituciones de financiamiento y el público en general. Otros participantes sostuvieron que cambiar el nivel de fecundidad previsto por debajo del nivel de 2,1 hijos por mujer era una decisión acertada. Se observó que el descenso de la fecundidad provoca nuevos descensos de fecundidad al cambiar la vida de la mujer. Al dedicar la mujer una parte menor de su vida a la procreación y a la crianza de los hijos, tiene más libertad para seguir otros intereses, en particular mejorar su educación y aumentar su participación en la fuerza laboral. Esto conduce a una nueva situación social, en la que algunas mujeres deciden no tener hijos y en la que las familias conceden más importancia a tener hijos de “calidad”, sobre todo con respecto a la educación, que a tener un gran número de hijos.

Seguidamente se discutieron cuestiones afines, pero de carácter más general. Varios participantes expresaron su inquietud por las dificultades de tomar en cuenta casos “aislados” y “sorpresas” al hacer proyecciones de población. Se hizo notar que, lejos de mejorar, la situación de algunos países se ha deteriorado en los últimos decenios y que existía una clara posibilidad de que este empeoramiento continuara en el futuro. Es difícil tomar esto en consideración en las proyecciones, pero es importante no descartar o pasar por alto estas pruebas. Las proyecciones parten del supuesto de un mundo libre de sorpresas, pero sabemos que habrá sorpresas, aun cuando no podamos preverlas e incorporarlas en nuestras proyecciones.

Se indicó que es importante hacer frente a las numerosas dificultades que plantea el futuro crecimiento de población, sobre todo el problema de las grandes ciudades en rápida expansión, con infraestructura inadecuada y, en algunos de los países en desarrollo

más grandes, la posibilidad de la escasez de agua. En ese aspecto, varios participantes instaron a la División de Población a prestar más atención al medio plazo cercano y menos al largo plazo. Se afirmó que lo que es probable que suceda en los próximos decenios merece más atención que cualquier meta estadística distante. El medio plazo y el largo plazo son diferentes, ya que las poblaciones pequeñas, como la Isla de Pitcairn, y los países grandes, como China, son diferentes.

Varios participantes se mostraron preocupados por el mensaje que las nuevas directrices propuestas pudieran enviar a los formuladores de políticas, las agencias de financiamiento y el público en general. Quienes no son demógrafos no suelen comprender que un descenso de la fecundidad completa no supone un descenso inmediato del crecimiento de la población, que incluso a reducciones instantáneas de fecundidad completa por debajo del nivel de reemplazo seguirán 50 años o más de crecimiento continuo de la población antes que las tasas de crecimiento de población caigan a cero. El continuo descenso de la fecundidad en los países en desarrollo es importante en este contexto. En los años 60, el mensaje con respecto al crecimiento de la población mundial era el mismo para los países desarrollados que para los países en desarrollo. Ahora que la fecundidad del mundo desarrollado es bastante inferior al nivel de reemplazo y algunos países se enfrentan a un descenso de la población, el mensaje tiende a ser muy distinto para los países desarrollados y los países en desarrollo.

Resumen del relator

Griffith Feeney

El moderador Joseph Chamie, Director de la División de Población, pidió al relator para la reunión del grupo de expertos, Sr. Griffith Feeney, que presentara su resumen. El Sr. Feeney empezó diciendo que en esta reunión se habían tratado tres temas: cómo hacer proyecciones, qué necesitamos saber para hacerlas y por qué nos molestamos en hacerlas. En cuanto a la pregunta de por qué hacemos proyecciones, el Sr. Feeney dijo que el discurso de John Caldwell nos recuerda el cuadro completo. Un punto en particular de su discurso se debe destacar: *no hemos visto el fin del tremendo crecimiento de la población*. Consideren no más de tres números entre las decenas de millares de los que se presentan en la *Revisión de 2000* de la División de Población. En 1950, había 1.700 millones de habitantes en las regiones menos desarrolladas. En 2000, esa cifra había ascendido a 4.900 millones. El crecimiento de 1950 a 2000 fue de *3.200 millones de habitantes*. El número proyectado (variante media) de habitantes de las regiones menos desarrolladas en 2050 es de 8.100 millones. El crecimiento de 2000 a 2050 será de *otros 3.200 millones de habitantes*. Estamos en la mitad de un siglo de rápido crecimiento de la población mundial. El final ya se vislumbra, pero todavía está, al menos, a 50 años de distancia. Negarse a ver el crecimiento de la población mundial como un problema fundamental para el futuro de la humanidad es absurdamente miope y podría suponer un terrible costo humano.

Entonces, ¿cómo es posible que oigamos que las fundaciones filantrópicas han decidido, una tras otra, no ocuparse más de la cuestión de la población? Un motivo puede ser que durante los últimos 50 años se han venido pronosticando incesantemente desastres demográficos por la industria de la crisis demográfica y estos pronósticos han sido, en general, equivocados. Si usted se considera parte del grupo de la crisis demográfica, piense qué parte de la culpa les corresponde a usted y a sus colegas por el estado actual de desinterés en la cuestión. En cualquier caso, recuerde la moraleja del cuento del muchachito que gritaba que venía el lobo. Son esas advertencias constantes, imprudentes, las que nos ponen a todos en peligro, porque los lobos a veces vienen.

¿Qué necesitamos saber para hacer proyecciones? Muchas cosas, sin duda, pero una a la que nos vamos a referir aquí es *¿por qué desciende la fecundidad?* Tim Dyson nos ha dado la respuesta clara y sin rodeos: *la fecundidad disminuye porque disminuye la mortalidad*. Lo que sucede durante la transición demográfica no es que “desciende la fecundidad”, aunque eso también sucede indudablemente. Lo que sucede durante la transición demográfica es que el tamaño de la familia —medida como el número de hijos vivos, que es la única medida que cuenta— se dispara porque los riesgos de mortalidad han disminuido. El descenso de la fecundidad restablece entonces el tamaño de la familia más o menos a como era antes. Esto está sacado directamente del estudio clásico de “respuesta multifásica” de Kingsley Davis, *Population Index*, 1963. Donde se ha sentido que el mayor efecto ha sido en la vida de la mujer. La enorme cantidad de tiempo, energía y emoción que solía dedicar a la procreación y la crianza de los hijos, la mayor parte de los cuales moría antes de llegar a la edad adulta, puede ahora dedicarla a otras actividades. Y si usted cree que en estos tiempos estamos siendo bombardeados por cuestiones tales como la condición jurídica de la mujer y las desigualdades de género, permítame decirle que *“no ha visto todavía nada”*. Este es un cambio que dará que hablar durante muchas generaciones.

Hay otro punto al respecto en el que es preciso insistir. Muchos factores influyen en el nivel de fecundidad. Ninguno de ellos, ni individual ni conjuntamente, lo determina. *¡No existen “determinantes” de fecundidad!* Mientras la fecundidad baja, esta observación se puede descartar por ser simplemente puntillosa. Ahora bien, cuándo nos detenemos a pensar dónde terminará el descenso de la fecundidad, es esencial. Lo que nos dicen los estudios de lo que se ha dado en llamar “determinantes” de fecundidad es que si un factor *A* sube ligeramente, la fecundidad tiende a bajar ligeramente, o si el factor *B* es más bajo, la fecundidad tenderá a ser más alta. Esto es cierto en el caso de la regresión monovariante más baja, y también en el caso de lo que Norman Ryder llamó en una ocasión “estos *Cadillacs* del análisis de variante múltiple”. Este planteamiento, sencillamente, no es útil para decidir cuestiones tales como si la fecundidad se estabilizará a 2,1 o a 1,85 hijos por mujer.

Se ha ridiculizado sin misericordia a los demógrafos por la simpleza del nivel previsto de 2,1 hijos por mujer. Esto no es justo. Proyectar la tendencia de la fecundidad al nivel de reemplazo no es, en ningún modo, arbitrario. Es una declaración cuidadosamente calibrada del lugar del hombre en el universo. Estamos aquí desde hace alrededor de un millón de años. Queremos seguir estando. No somos avariciosos. No queremos más que nuestra parte de la biosfera, pero tampoco queremos desaparecer. Dicho esto, la prueba de los países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo muestra que, para horizontes de tiempo menos cósmicos, el final de la transición de la fecundidad va a ser más complicado de lo que habíamos previsto. Aquí, el documento de Riad Tabbarah nos marca el camino. Al leer el último párrafo, usted probablemente indicó con un movimiento de cabeza su conformidad con su aserto de que “no hay nada mágico” en la fecundidad de nivel de reemplazo. Pero unas cuantas frases más abajo se lee que “el ideal de 2 hijos parece predominar”. Parece que existe una profunda necesidad humana de “números mágicos”. Ni siquiera podemos terminar el párrafo sin volver a uno de ellos.

Esto nos debería dar qué pensar. La humanidad tiene alrededor de un millón de años de existencia. Hasta que hizo su aparición esta advenediza de la transición demográfica, ¿cuántos hijos tenía la familia humana normal? Alrededor de 2 que sobreviviesen hasta llegar a la edad fecunda. Es cierto que 2,1 hijos por mujer no es algo que esté fatídicamente “programado” en la naturaleza humana. *Pero la familia de 2 hijos bien puede estarlo.* Esto nos hace volver al argumento de Alaka Basu sobre la importancia de distinguir entre el tamaño de la familia de las mujeres que optan por la maternidad y la renuncia al matrimonio y la infecundidad. Las medidas por paridad pueden ser la mejor forma de empezar a pensar dónde terminará el descenso de la fecundidad. Desdichadamente, carecemos de datos adecuados sobre muchos países con fecundidad baja. Es una ironía que, para estos fines, tengamos mejores datos para la República Islámica del Irán que para el Reino Unido.

Volvamos, finalmente, a la idea de la División de Población sobre el fin de la historia demográfica en los países con fecundidad intermedia, presentada en la primera sesión de esta reunión. Quieren oír de ustedes. ¿Cómo hemos quedado? La primera conclusión es que el paso decisivo al nivel por debajo de 2,1 hijos por mujer es una posibilidad en muchos de los países con fecundidad intermedia. Una segunda conclusión es que se debería prestar menos atención a las tasas previstas y más a la manera en que se alcanzan. En particular, el ritmo de descenso se debería ajustar a medida que desciende la fecundidad. Una tercera conclusión es que convendría contrastar las tendencias proyectadas de fecundidad con las tendencias proyectadas de los determinantes próximos de fecundidad. Por último, se debe señalar que las proyecciones de la División de Población no terminarán con la *Revisión de 2000*. Estamos empeñados en un proceso que se prolongará a lo largo de muchas *Revisiones* sucesivas.

Conclusión

El Sr. Chamie pidió al principal conferenciante, el Sr. John Caldwell, catedrático de la Universidad Nacional Australiana, que ofreciera algunas reflexiones adicionales sobre la reunión. El Sr. Caldwell empezó por felicitar a la División de Población haciendo un repaso de todos sus éxitos. Señaló que sus proyecciones demográficas de los decenios de 1940 y 1950 cambiaron el mundo, pero esos no eran mensajes que inspirasen “temor”. El primer principio que debe seguir la División de Población debe ser siempre atenerse a la verdad y velar por la integridad científica de sus proyecciones. Si esto se perdiera, todo sería en vano. Un segundo principio debe ser facilitar información. La verdadera contribución de la División de Población a la acción es *dar a conocer sus proyecciones*. Sugirió que, tal vez, la División podría producir distintos tipos de informes; informes que explicaran algunas de las repercusiones de los voluminosos y prolijos números de las proyecciones contenidos en el *World Population Prospects* (Naciones Unidas).

Las proyecciones a largo plazo influyen en la acción más de lo que ustedes pueden imaginar, añadió el Sr. Caldwell. El ecosistema mundial está bajo presión y este es un fenómeno intrínsecamente a largo plazo. La población no es la única parte importante del cuadro, pero es muy importante. Tenemos que tener cuidado, continuó, de no apartarnos demasiado de lo específico. Por ejemplo, el África subsahariana representa en la actualidad menos del 10% de la población mundial, pero en los próximos decenios es probable que esta proporción aumente a más del 20%. Sin embargo, esta región adolece de un mayor número de problemas económicos, de salud y de desarrollo que cualquier otra región importante del mundo. Esta región podría muy bien ser el centro de atención de los esfuerzos internacionales de desarrollo en el futuro.

Hemos recorrido un largo camino, concluyó el Sr. Caldwell, tal vez hemos ido demasiado lejos, desde la vieja idea de la población y el desarrollo. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se dijo muy poco, en realidad, sobre población y desarrollo. La División de Población no debería desdeñar su medición del efecto del crecimiento demográfico en el desarrollo.

Clausura de la reunión

El Sr. Chamie recordó con agradecimiento las numerosas actividades del personal de la División de Población en la preparación de la conferencia y el apoyo que había prestado a la reunión. Hizo un llamamiento a los participantes para que se unieran a él en un aplauso, al que éstos respondieron calurosamente. Acto seguido, citó unas palabras que el Director fundador de la División de Población, Frank Notestein, escribió en 1947:

“Todos reconocemos que la ingente tarea que las Naciones Unidas tiene ante sí, la tarea de edificar un mundo pacífico, con una vida más rica para todos sus pueblos, entraña problemas de población en muchos puntos. Entraña la mejora de la salud, las capacidades físicas y mentales, y las capacidades productivas de la población; y el logro de un equilibrio mejor entre población y recursos económicos. Puede entrañar cambios en la distribución de la población sobre la faz de la tierra. Si logramos resolver estos problemas, las generaciones de mañana serán una raza humana más sana, más fuerte, mejor educada y más feliz.”

Estas observaciones, concluyó el Sr. Chamie, son tan válidas hoy como lo eran cuando se escribieron hace más de 50 años.

Apéndice: Resumen de los documentos presentados por los países

LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD: EL CASO DE LA ARGENTINA

Edith Alejandra Pantelides

La Sra. Pantelides presentó un panorama general de las tendencias demográficas anteriores de la Argentina e hizo algunas conjeturas sobre el futuro. La fecundidad en la Argentina hacia finales del siglo XIX era de alrededor de 7 hijos por mujer. Empezó a disminuir a comienzos del siglo XX, hasta llegar a ser de 3,2 hijos por mujer de 1940 a 1945. La tasa global de fecundidad se mantuvo casi constante a este nivel durante los 40 años siguientes. Un ligero descenso a 3,0 hijos por mujer en el período de 1965 a 1970 estuvo seguido de un abrupto aumento a 3,4 hijos por mujer de 1975 a 1980. El descenso secular parece haberse reanudado a partir de 1975, cuando la fecundidad descendió a 2,6 hijos por mujer de 1995 a 2000. La transición demográfica de la Argentina fue poco común, ya que el descenso de la mortalidad ocurrió más o menos simultáneamente con el descenso de la fecundidad. No se produjo un aumento pronunciado y sostenido de tasas de crecimiento de población durante el período de descenso de la fecundidad. No existen datos nacionales de proporción de uso de anticonceptivos, pero las encuestas locales indican que el conocimiento de los métodos anticonceptivos está muy extendido entre los jóvenes de uno u otro sexo. El uso de anticonceptivos es, probablemente, muy generalizado. Un aumento de fecundidad después de 2000, como el que se observó después de 1970, parece muy poco probable. El panorama económico y social de la Argentina está cambiando rápidamente y en direcciones previamente inexploradas, pero el largo historial de descensos de fecundidad ha establecido normas y comportamientos que tienen una fuerte inercia. La fecundidad probablemente continuará disminuyendo, pero la persistencia de los valores positivos respecto a la familia y la paternidad probablemente mantendrán la fecundidad por encima del nivel de reemplazo por otros 10 ó 15 años, como muestra la variante media de la proyección de las Naciones Unidas.

¿CUÁNTO TARDARÁ BANGLADESH EN ALCANZAR LA FECUNDIDAD DE REEMPLAZO? EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN Y LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Mizanur Rahman, Julie DaVanzo y Abdur Razzaque

La fecundidad en Bangladesh descendió de más de 6 hijos por mujer, a principios del decenio de 1970, a 3,4 hijos por mujer en 1992. No obstante, en el decenio de 1990, el descenso puede haberse detenido, ya que las encuestas de 1995 y 1998 arrojan una tasa global de fecundidad de 3,3 hijos por mujer. En este documento se examina la posibilidad de una reanudación del descenso de la fecundidad en Bangladesh. Más concretamente, se pregunta cuánto puede tardar y qué condiciones se pueden necesitar para que la fecundidad baje al nivel de reemplazo. El método consiste en preguntar si existe algún grupo de mu-

eres en el país que ya haya alcanzado el nivel de reemplazo. El cálculo de las tasas globales de fecundidad para tres grados de instrucción y tres categorías de situación económica de la familia, a partir de los datos del Sistema de vigilancia demográfica Matlab, muestra que las mujeres que habían cursado estudios secundarios tenían una fecundidad inferior al nivel de reemplazo de 1995 a 1998, en las tres categorías de situación económica de la familia. El grado de instrucción de la mujer ha aumentado rápidamente durante los últimos tres decenios. La tendencia futura de la instrucción de la mujer se proyectó teniendo en cuenta la situación económica de la familia, porque afecta el acceso a la educación. Las tasas globales de fecundidad futura se calculan a partir de la distribución proyectada de grado de instrucción, en el supuesto de que la cambiante composición de las mujeres por grado de instrucción es el único factor que afecta la fecundidad. Este cálculo indica que la fecundidad en Bangladesh descenderá a cerca de 2 hijos por mujer para 2025. Esta cifra es acorde con la variante media de la proyección de las Naciones Unidas en la *Revisión de 2000*. Dado que la fecundidad futura puede estar influida por otros factores, en particular, la mayor oferta de servicios de planificación de la familia y condiciones socioeconómicas en rápida evolución, esta proyección podría ser moderada.

¿QUÉ OCURRIRÁ CON LA FECUNDIDAD EN EL BRASIL?

Ana María Goldani

Pese a la carencia de una política oficial de planificación de la familia, la fecundidad en el Brasil bajó de más de 6 hijos por mujer a comienzos del decenio de 1960 a 2,2 hijos por mujer en 2000. Este descenso estuvo acompañado de un aumento de la esterilización femenina entre las mujeres jóvenes casadas, que pasó de cerca de cero al 39% en 1996. A pesar de los esfuerzos del movimiento de la mujer y los intentos de establecer servicios de planificación de la familia, la mujer brasileña, en el decenio de 1990, se enfrenta todavía a una decisión difícil: someterse a la esterilización o arriesgarse a sufrir embarazos no deseados que tienen que seguir su curso o interrumpirse mediante el aborto clandestino. Los demógrafos brasileños esperan que la fecundidad descienda por debajo del nivel de reemplazo el próximo decenio, según revela una encuesta realizada por la autora, pero no estaban de acuerdo en cuanto a la velocidad del descenso o hasta la tasa a la que llegaría y las perspectivas de un regreso a la fecundidad de reemplazo en el futuro. No obstante, todos los entrevistados opinaban que la fecundidad permanecerá por debajo del nivel de reemplazo durante los próximos 50 años. La proyección de la variante media de las Naciones Unidas para el Brasil, presentada en la *Revisión de 2000*, es extremadamente cautelosa en cuanto a la rapidez del descenso de la fecundidad, con tasas globales de fecundidad más altas que las previstas por los demógrafos brasileños. La variante media da para el Brasil una población de 247 millones de habitantes para 2050, 40 millones más que una reciente proyección de población para este país elaborada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos. El nivel futuro de fecundidad en el Brasil acusará la influencia de la disponibilidad de servicios de planificación de la familia, políticas gubernamentales que afectan a las familias de las mujeres y el adelanto de la igualdad de género. La igualdad de género puede ser la clave para evitar la persistente fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

LOS CAMBIOS DE FECHA DE LA FECUNDIDAD DE REEMPLAZO DE LA INDIA: REPASO DE LAS TENDENCIAS RECIENTES DE FECUNDIDAD Y PERSPECTIVAS FUTURAS

P. N. Mari Bhat

El Sr. Mari Bhat hizo un repaso de los niveles y las tendencias actuales de fecundidad en la India, en los planos nacional y estatal, que le sirvió de base para sugerir la fecha probable en que la India alcanzaría la fecundidad de nivel de reemplazo. El análisis de las

tendencias de fecundidad en 16 estados principales del país indica que se podrían ajustar por una curva de Gompertz. Un procedimiento de ajuste que toma en cuenta la posibilidad de cambiar la integridad del Sistema de registro por muestreo ofreció estimaciones paramétricas que indican que el ritmo de descenso de la fecundidad no es intrínsecamente más lento en los estados del Norte que en los estados del Sur. La fecundidad en los estados del Sur es más baja porque el descenso comenzó allí antes y, tal vez, partió de un nivel más bajo. La fecundidad en la India está disminuyendo porque las parejas están optando por tener sólo pocos hijos e invertir más recursos familiares en su futuro. Más de la mitad del descenso reciente de fecundidad se debe a la reducción del tamaño de la familia de las mujeres analfabetas. Estas mujeres están enviando a un mayor número de sus hijos a la escuela, en particular a sus hijas primogénitas, que quedan libres de la carga de cuidar de sus hermanos más jóvenes. Tres cuestiones se deben tener en cuenta al proyectar la fecundidad para la India: la fecundidad del período base se debe ajustar para compensar las omisiones de los nacimientos en el Sistema de registro por muestreo; se debe usar una curva en forma de S, como la de Gompertz, de preferencia a un descenso lineal y, dadas las vastas diferencias regionales, la tasa global de fecundidad (TGF) se debe proyectar a escala nacional y derivar la tasa global de fecundidad para toda la India como promedio ponderado de los valores proyectados para los estados. Al usar una TGF corregida de 3,4 hijos por mujer para 1997, valores estimados del parámetro b de Gompertz, que representa el ritmo de descenso de la fecundidad, y un límite más bajo de TGF de 1,7 hijos por mujer, la proyección de TGF para la India es de un descenso a 2,14 hijos por mujer para el período de 2016 a 2020.

DEL FUTURO DE LA FECUNDIDAD HUMANA EN LA INDIA

Tim Dyson

El Sr. Dyson examinó la tendencia y el nivel de fecundidad en la India durante los próximos decenios. Pero antes de ocuparse de los datos específicos, se refirió a dos puntos generales. Primero: ¿qué es lo que da cuenta del descenso de la fecundidad? Segundo: ¿por qué algunos países tienen fecundidad por debajo del nivel de reemplazo? La respuesta a la primera pregunta es el *descenso de la mortalidad*. Frente a un importante descenso de la tasa de mortalidad, ninguna sociedad puede sostener una tasa global de fecundidad de cinco o seis nacimientos por mujer por más de dos decenios. Muchos son los factores sociales, culturales y económicos que influyen en el calendario y el ritmo del descenso, pero la causa fundamental de todas las transiciones de fecundidad es el descenso de la mortalidad. La respuesta a la segunda pregunta es que, debido al descenso de la mortalidad, *la mujer se vuelve más como el hombre*. En las sociedades de alta fecundidad y alta mortalidad, la vida relativamente breve de la mujer está dominada por la procreación y la crianza de los hijos. El descenso de la fecundidad brinda a la mujer oportunidades completamente nuevas de educación y empleo. Le permite una vida relativamente independiente del hombre. La fecundidad por debajo del de reemplazo es una consecuencia directa del descenso inicial de la fecundidad de los niveles necesarios para sostener las poblaciones expuestas a una alta mortalidad. Sólo un nuevo planteamiento de los papeles del hombre y la mujer, en el que *el hombre se vuelve más como la mujer* en lo que respecta a los papeles de la crianza de los hijos, es probable que altere la tendencia a la fecundidad por debajo del de reemplazo.

Al considerar la fecundidad futura en la India, es importante estimar y proyectar la fecundidad para los diferentes estados y agregar los resultados para obtener proyecciones nacionales. Debido a las grandes diferencias entre los estados, las proyecciones nacionales basadas en datos a escala nacional mostrarán un ritmo de descenso de fecundidad más lento que las proyecciones nacionales agregadas de las proyecciones estatales basadas en datos estatales. La fecundidad global está descendiendo en prácticamente todos los estados de la India. Es poco probable que la TGF se detenga en

cualquiera de los estados durante mucho tiempo en un nivel considerablemente superior al de reemplazo. Si bien las intervenciones en algunos estados pueden acelerar este descenso, en conjunto, probablemente es mejor considerar que los descensos tienen su propio impulso. Para los estados esenciales del Norte, como Bihar y Uttar Pradesh, es probable que los niveles sostenidos por debajo de la fecundidad de reemplazo tarden varios decenios en producirse y los niveles de fecundidad seguirán siendo más altos en el Norte que en el Sur. Una proyección de la TGF para todo el país, derivada de las proyecciones de las TGF, estatales indica un descenso de la fecundidad a 2,1 hijos por mujer de 2016 a 2020.

ATRAPADA EN EL TRÁNSITO: CUESTIONES SOBRE EL FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN INDONESIA

Terence H. Hull

La falta de datos demográficos dignos de crédito frustra cualquier intento de prever la fecundidad futura en Indonesia. La calidad del censo de población de 2000 se vio comprometida por reducciones presupuestarias y los planes de descentralización puestos en práctica por el Gobierno en 2001 presentan problemas para la recopilación de datos. No obstante, los datos disponibles indican una continuación de las tendencias demográficas clave. La generalización del uso de anticonceptivos, la edad al contraer matrimonio, el grado de instrucción y la participación de la mujer en la fuerza laboral siguen aumentando en medio de un declive económico radical. Para el período de 1995 a 1997, la fecundidad se estimó en 2,8 hijos por mujer, sólo 0,6 hijos por mujer por encima del nivel de reemplazo. Algunos observadores indonesios temen que las mujeres pobres “se retiren a tener hijos” en vista de la crisis económica y la escasez de otras oportunidades. No obstante, los pobres pueden rechazar esta opción, porque todavía desean dar una educación a sus hijos y ven las dificultades económicas como barreras que hay que salvar con una mayor inversión en cada uno de ellos. El modo de pensar de los indonesios ha cambiado a formas que implican una fecundidad de moderada a baja, pero el hecho de que la fecundidad sea moderada o baja depende de sus circunstancias. Por consiguiente, el pronóstico de la fecundidad futura requiere el pronóstico de la sociedad futura. Con los observadores indonesios debatiéndose para hacerlo sobre una base anual, 2050 parece una distancia imposible de contemplar.

LOS CAMBIOS RECIENTES Y EL FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN LA REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi

El Sr. Abbasi-Shavazi pasó revista a las políticas de población y las tendencias de fecundidad en la República Islámica del Irán a lo largo de los tres últimos decenios, sugirió posibles explicaciones de la fecundidad decreciente e hizo algunas conjeturas sobre futuros niveles de fecundidad. La fecundidad en la República Islámica del Irán era de más de 6 hijos por mujer a comienzos del decenio de 1980. Para finales del de 1990, había alcanzado el nivel de reemplazo (2,26 hijos por mujer). Para dar una explicación completa de este descenso es preciso tener en cuenta su calendario y ubicación. El descenso comenzó antes del cambio a una política anti-natalidad y se observó en todos los principales subgrupos de población, mujeres mayores y jóvenes, zonas rurales y urbanas y en todas las provincias del país. El programa de planificación de la familia que se puso en práctica en 1989 supuso una importante contribución. A través de la movilización de varias organizaciones gubernamentales y la red de comunicaciones públicas, el programa consiguió difundir por todo el país ideas sobre el valor de las familias pequeñas y métodos de limitación de la familia. La tasa de uso de anticonceptivos aumentó

del 37% en 1976, al 72% en 2000. El programa contó con el apoyo de la jerarquía religiosa, lo que lo legitimó ante los ojos de la sociedad en general. El descenso de la mortalidad infantil también fue otro factor. La tasa de mortalidad infantil descendió de 114 muertes por mil nacimientos en 1975, a 34 muertes por mil nacimientos en 1994. El establecimiento de una red de servicios de salud y su extensión a las zonas rurales y deprimidas fue un factor clave en la reducción de la mortalidad infantil. Las penurias económicas en relación con las aspiraciones materiales probablemente desempeñaron también un importante papel. El costo de vida ha subido de manera radical en los últimos años y los jóvenes tienden a retrasar el matrimonio hasta que pueden conseguir un empleo remunerado. El creciente costo de los hijos, en particular el costo de la educación, es otro importante factor. Se ha producido una convergencia de comportamiento de la fecundidad de importantes grupos de población: mujeres de las zonas rurales y urbanas, tanto alfabetizadas como analfabetas, ricas y pobres.

¿Volverá a aumentar la fecundidad en la República Islámica del Irán? ¿Se estabilizará o seguirá disminuyendo? Algunos opinan que el fin de las dificultades económicas o la desaparición de los efectos “calendario”, intrínsecamente temporales, pueden impedir nuevos descensos de la fecundidad o incluso dar por resultado un aumento. El Sr. Abbasi-Shavazi espera que continúe durante algunos años el descenso de la fecundidad. Todavía existen importantes diferencias entre los medios rural y urbano, y varias provincias tienen alta fecundidad. Si la convergencia observada en el pasado continúa, la fecundidad descenderá en estas provincias y se atenuarán las diferencias entre zonas rurales y urbanas. Simultáneamente, la proporción de residentes de zonas urbanas es casi seguro que aumente. El grado de instrucción está aumentando rápidamente y los niños de todas las clases sociales, incluidos los pobres, tienen acceso a la educación. La proporción de empleo de la mujer sigue siendo baja, pero es probable que aumente. El Gobierno apoya firmemente la reducción del número de nacimientos en este decenio. Una política de 2 hijos (“dos es suficiente”) se anuncia en todas partes, en las paradas de autobús, los espacios públicos, los cines, e incluso en los juguetes y las cajas de bombones. Población y planificación de la familia es una asignatura obligatoria para todos los estudiantes universitarios. Todas las actividades encaminadas a mejorar la salud promueven al mismo tiempo la planificación de la familia y la salud genésica. En resumen, todos los factores importantes que influyen en la tasa de fecundidad parecen estar moviéndose en una dirección que provocará un nuevo descenso de la fecundidad, aunque éste pudiera no ser tan rápido como lo ha sido en el pasado.

LA FECUNDIDAD EN ISRAEL: ¿SE VISLUMBRA LA TRANSICIÓN AL NIVEL DE REEMPLAZO?

Dov Friedlander

Las pautas de fecundidad en Israel giran en torno a los tres principales grupos étnico-religiosos. El grupo judío no religioso, ya sea de origen africano, americano, europeo o del Oriente Medio, que representa cerca del 70% de la población, tenía una tasa global de fecundidad de cerca de 2,1 hijos por mujer de 1995 a 2000. Durante ese mismo período, la tasa global de fecundidad de los árabes musulmanes, cerca del 15% de la población, era de 4 hijos por mujer. Los judíos ultraortodoxos y ortodoxos nacionales, que constituyen del 12% al 15% de la población, tenían una tasa global de fecundidad que oscilaba entre 6 y 7 hijos por mujer de 1995 a 2000. Es poco probable que la tasa de fecundidad del primer grupo cambie lo suficiente para tener un efecto importante en la fecundidad nacional. El Sr. Friedlander opina que la población musulmana ha llegado a un cierto tipo de equilibrio entre el tamaño de la familia y las oportunidades sociales, económicas y políticas. Esta opinión supone que la tasa de fecundidad cambiará sólo si se igualan las oportunidades entre las poblaciones árabe y judía. Si no se produce dicho cambio, no se debería esperar un descenso de la fecundidad musulmana en el futuro pre-

visible. La ideología religiosa de los judíos ultraortodoxos es estrictamente pro-natalidad. La población ultraortodoxa recibe apoyo financiero directo para su sistema de educación independiente, generosas subvenciones para familias numerosas y viviendas altamente subvencionadas para parejas jóvenes. La posibilidad de cualquier cambio en esta situación parece muy remota. La conclusión del Sr. Friedlander, por tanto, es que la tasa global de fecundidad de Israel se mantendrá dentro de una escala de 2,5 a 3 hijos por mujer, probablemente más cerca de esta última cifra.

LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD: JORDANIA, EL LÍBANO, LA REPÚBLICA ÁRABE SIRIA

Riad Tabbarah

La educación es uno de los factores que más influyen en la reducción de la fecundidad. La propagación de la educación en los tres países objeto de este estudio durante los últimos tres decenios ha sido espectacular, pero todavía queda algo por hacer para erradicar el analfabetismo y elevar el grado de instrucción de la población. La educación de la mujer, en particular, ha mejorado de manera espectacular, pero a excepción del Líbano, todavía existen diferencias de género. La participación de la mujer en la fuerza laboral ha aumentado, aunque las diferencias de género perduran en todas las edades. Estos datos sugieren que el descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en los últimos decenios probablemente puede continuar. Otros factores importantes, como la globalización, han ido en aumento y es posible que esta tendencia continúe en el futuro. Está llegando progresivamente a más zonas remotas en los tres países, a través de las comunicaciones modernas. Los beneficios económicos de la globalización han quedado a la zaga de sus influencias sociales y culturales, y esta situación también es probable que continúe en el futuro, con la consiguiente presión que supondrá respecto a la insuficiencia percibida del ingreso. Otros factores importantes incluyen la creciente proporción de mujeres célibes y el aumento de las tasas de divorcio. Con la continua “modernización” y globalización, esta tendencia se mantendrá probablemente, de manera que la fecundidad total descenderá aun cuando la fecundidad de los matrimonios permanezca constante. En vista de todos estos factores, es razonable esperar que la fecundidad de estos tres países siga descendiendo en el futuro previsible. Más difícil es la cuestión de hasta qué nivel descenderá la fecundidad. Entre las personas más instruidas, en las tres sociedades, el ideal de los 2 hijos parece predominar, lo que permite suponer que éste será el nivel de fecundidad de los matrimonios. Si se supone que la fecundidad total será del 20% al 30% menos que la fecundidad de los matrimonios, la tasa global de fecundidad sería de 1,4 a 1,6 hijos por mujer. Esta tasa es muy similar a la que tienen en la actualidad algunos países europeos.

LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN KENYA: ¿HASTA QUÉ NIVEL DESCENDERÁ?

John Blacker

La tasa global de fecundidad de Kenya para fines del decenio de 1970 era de cerca de 8 hijos por mujer. Anteriormente había estado aumentando gradualmente. Para finales del decenio de 1970 o principios del de 1980 se produjo un abrupto y radical cambio y la fecundidad empezó a bajar con una rapidez imprevista. La primera prueba de este descenso se observó en la encuesta demográfica y de salud, que daba una tasa global de fecundidad de 6,7 nacimientos por mujer para el quinquenio anterior a la encuesta, más de un hijo por mujer menos que el nivel observado a comienzos del decenio de 1980. Las encuestas demográficas y de salud de 1993 y de 1998 daban tasas globales de fecundidad de 5,4 y 4,7 hijos por mujer, respectivamente, para el trienio anterior a la encuesta. Tomadas literalmente, estas cifras indican que la fecundidad siguió descendiendo, pero

que el ritmo de descenso iba aminorando, de 0,34 nacimientos al año por mujer entre 1989 y 1993 a 0,14 nacimientos al año por mujer entre 1993 y 1998.

Con respecto a los determinantes próximos de este descenso, en su mayor parte se pueden atribuir al uso más generalizado de anticonceptivos. La proporción de mujeres actualmente casadas, de 15 a 49 años de edad, que está usando algún método anticonceptivo moderno, aumentó del 10% según el Estudio sobre la frecuencia del uso de anticonceptivos en Kenya de 1984, al 18% de acuerdo con la encuesta demográfica y de salud de 1989. En un examen de los otros determinantes próximos se llega a la conclusión de que se producirán reducciones de la fecundidad, sobre todo como resultado del creciente uso de anticonceptivos. Ahora bien, otros determinantes próximos pueden estar influidos por la epidemia del VIH/SIDA. Por lo que se refiere al concepto, ligeramente nebuloso, del tamaño ideal de la familia, se ha registrado un descenso paralelo al de la fecundidad, de 5,8 hijos por mujer en el Estudio sobre la frecuencia del uso de anticonceptivos de 1984, a 4,4 y 3,7 hijos por mujer, respectivamente, en las encuestas demográficas y de salud de 1989 y de 1993. La encuesta demográfica y de salud de 1998 revela una estabilización en un tamaño ideal de la familia de 3,8 hijos por mujer. Según el Sr. Blacker, estos datos indican que no es probable una estabilización de la fecundidad en Kenya a menos de 3 hijos por mujer en los próximos decenios. Que esta cifra esté por encima o por debajo del nivel de fecundidad (2,6 hijos por mujer para el período de 2000 a 2005) depende del curso de la epidemia del VIH/SIDA. Si la esperanza de vida al nacer se desplomara hasta los 45 años, la fecundidad de nivel de reemplazo aumentaría por encima de 3 hijos por mujer.

En cuanto al nivel de fecundidad en un futuro tan lejano como 2050, el Sr. Blacker señaló que era imposible de prever, a causa del posible empeoramiento socioeconómico a largo plazo. El censo de Kenya de 1999 muestra un aumento de la mortalidad, y no sólo a causa del SIDA. Las escuelas, la vivienda y otra infraestructura social del país se están deteriorando. El nivel de vida está bajando y la pobreza aumenta. De continuar estas tendencias, es difícil imaginar que la fecundidad pueda descender a 2,1 hijos por mujer. Evidentemente, se espera que estas tendencias den marcha atrás, pero, el Sr. Blacker dijo que, dado que no podía prever el futuro de la sociedad de Kenya a 50 ó 75 años de distancia, tampoco podía prever el nivel de fecundidad en ese futuro tan lejano.

TRAS LOS PASOS DE EUROPA MERIDIONAL: LA FECUNDIDAD EN EL MAGHREB

Youssef Courbage

El Sr. Courbage hizo un repaso de los niveles y las tendencias de la fecundidad en los cinco países del Maghreb (Argelia, Jamahiriya Árabe Libia, Mauritania, Marruecos y Túnez) y consideró los niveles que pueden alcanzar en el futuro. La fecundidad en el Maghreb descendió de 7,8 a 2,8 hijos por mujer en el transcurso de una sola generación, uno de los descensos de fecundidad más rápidos del mundo. El aumento del celibato, la edad al contraer matrimonio y el uso de anticonceptivos fueron factores de este descenso. También contribuyeron a este descenso el grado más alto de instrucción de la mujer, la urbanización y el crecimiento del empleo no agrícola, aunque sería engañoso pretender que éstas fueron las fuerzas que lo impulsaron. La pobreza derivada de la crisis económica también puede haber contribuido al descenso. La religión y las políticas de población pueden ser menos importantes de lo que muchos pensarían. El contraste con los países árabes del Oriente Medio, que han experimentado reducciones de fecundidad mucho menos rápidas, es sorprendente. El Sr. Courbage indicó que un factor clave de esta diferencia era la situación geopolítica del Maghreb. La influencia de la cultura occidental es muy fuerte. Los sistemas de educación de todos los países, salvo la Jamahiriya Árabe Libia, han estado muy influidos por el sistema educativo francés. Los medios de

información extranjeros están ampliamente representados en la sociedad en general. La migración a gran escala hacia Europa ha establecido lazos y un sentido de afinidad con los países europeos. En cambio, los países árabes del Mediterráneo oriental tienen lazos más estrechos con los países de la Península Árabe y del Golfo Pérsico. El Sr. Courbage opinaba que la fecundidad en los países del Maghreb continuará disminuyendo, tal vez hasta llegar a los niveles actuales de Europa meridional. La tasa actual de fecundidad de las mujeres que han cursado estudios de enseñanza media o tienen un título universitario se puede tomar como indicio de la fecundidad futura en cada país.

LA FECUNDIDAD EN MÉXICO: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Rodolfo Tuirán, Virgilio Partida, Octavio Mojarro y Elena Zúñiga

Los autores examinaron niveles, tendencias y diferenciales de fecundidad en México en los tres últimos decenios y adelantaron algunas conjeturas acerca de la fecundidad futura en los próximos decenios. La tasa global de fecundidad en México llegó a un máximo de 7,2 hijos por mujer a comienzos del decenio de 1960. Cayó a un ritmo acelerado entre 1964 y finales del decenio de 1970, hasta situarse inmediatamente por encima de 5 hijos por mujer en 1978. El descenso continuó a un ritmo más lento hasta la tasa de 2,4 hijos por mujer en 2000. México tiene una política de población dirigida a alcanzar la fecundidad de reemplazo para 2005. Se han considerado tres hipótesis para el cambio de fecundidad en el futuro: una, en la que el nivel de reemplazo se alcanza en 2005, y otras dos, en las que ese nivel se alcanza en 2015 y 2025, respectivamente. La primera es más acorde con las tendencias pasadas. Las dos hipótesis siguientes implican una ruptura abrupta con las normas de descenso pasado. Los niveles y tendencias en cuanto al uso de anticonceptivos, la edad al contraer matrimonio y otros factores que influyen en la tasa de fecundidad avalan la primera hipótesis. Esto deja abierta la cuestión de si el comportamiento de la fecundidad seguirá cambiando después de llegar a la fecundidad de reemplazo. La experiencia de muchos países en desarrollo indica que el descenso de fecundidad continúa después de alcanzar el nivel de reemplazo. Ocho de 39 países en desarrollo que iniciaron su transición de fecundidad en el decenio de 1960 tienen una tasa global de fecundidad igual o inferior al nivel de reemplazo. Se prevé que la tasa global de fecundidad en México podría disminuir a 1,7 hijos por mujer para 2030 y mantenerse a ese nivel hasta 2050.

LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN NIGERIA: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Bamikale J. Feyisetan y Akinrinola Bankole

Los autores sostuvieron que la transición de la fecundidad en Nigeria ha comenzado; señalaron algunos factores que han contribuido al descenso y consideraron cómo evolucionará la transición en el futuro. Las estimaciones de la tasa global de fecundidad de Nigeria presentan numerosas anomalías, pero en general, los datos indican que el descenso de la fecundidad empezó a mediados del decenio de 1980, de un nivel de alrededor de 7 hijos por mujer, y llegó a 5,2 hijos por mujer de 1995 a 1999. Se refirieron a las perspectivas de descenso de la fecundidad en el futuro mediante la evaluación de dos proyecciones recientes de fecundidad: la proyección de 1997, elaborada por la Comisión Nacional de Población de Nigeria, y las proyecciones de la *Revisión de 1998* de la División de Población de las Naciones Unidas. La hipótesis de variante media de la proyección de la Comisión Nacional de Población muestra una fecundidad que alcanza el nivel de reemplazo de 2,2 hijos por mujer alrededor del año 2050. La variante media de la *Revisión de 1998* de las Naciones Unidas indica un descenso de la fecundidad al mismo nivel para 2040. A juicio de los autores, una disminución tan rápida es muy

poco probable que se produzca en Nigeria. Opinaron que sería más realista esperar una tasa global de fecundidad de 2,6 a 3 hijos por mujer para 2050. En apoyo de esta conclusión mencionaron la persistencia de altos niveles de riesgo de mortalidad infantil y en la niñez, con escasa esperanza de ninguna mejora de consideración en el futuro; la epidemia del VIH/SIDA; el insuficiente apoyo a los programas de planificación de la familia, y las disparidades regionales de descenso de la fecundidad.

EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN FILIPINAS: SITUACIÓN ACTUAL, PERSPECTIVAS FUTURAS

Marilou Palabrica-Costello y John B. Casterline

Los autores consideraron qué factores (sociales, económicos, culturales, programáticos) podrían facilitar o impedir el descenso de la fecundidad en Filipinas, de su nivel actual a un promedio nacional de dos nacimientos por mujer en los próximos decenios. La fecundidad en Filipinas ha estado disminuyendo continuamente desde el decenio de 1950 hasta el presente, pero la tasa global de fecundidad era de más de 3,5 hijos por mujer a mediados del decenio de 1990. Las estimaciones no ajustadas de la tasa global de fecundidad de la encuesta nacional de demografía y salud indican una desaceleración del ritmo de descenso entre los decenios de 1980 y 1990 y un ritmo más lento de descenso durante este último que las estimaciones presentadas en *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas). Para evaluar la probabilidad de que se alcance el nivel de reemplazo en los decenios próximos, los autores tomaron en consideración tres factores: fecundidad deseada, fecundidad no deseada y cambio en las modalidades de nupcialidad.

Según la encuesta nacional de demografía y salud de 1998, la tasa de fecundidad deseada en el país en conjunto era de 2,7 hijos por mujer, más de 0,5 hijos sobre el nivel de reemplazo. La posibilidad de que la fecundidad deseada descienda al nivel de reemplazo en los dos decenios siguientes no se puede descartar automáticamente, pero la influencia probable de la economía, los valores culturales y los factores institucionales e instrumentos normativos hacen que este resultado sea muy poco probable. Los datos de la encuesta revelan un aumento de la fecundidad no deseada del 16% en 1993 al 18% en 1998. El aborto provocado es ilegal y relativamente difícil de obtener en Filipinas, y los autores no esperan cambios en el futuro previsible. Existen importantes obstáculos programáticos, sociales, culturales y económicos al uso de anticonceptivos. Los métodos tradicionales constituyen una proporción mucho más elevada del uso total de anticonceptivos en Filipinas que en la mayoría de los demás países. La tasa de suspensión del uso de anticonceptivos sigue siendo alta y aumentó entre 1993 y 1998. Si disminuyera la fecundidad deseada al nivel de reemplazo, las parejas estarían expuestas a períodos aún más prolongados de riesgo de embarazo no deseado. Con respecto a las modalidades de nupcialidad, parece poco probable que el celibato permanente aumente en los próximos decenios. La edad media al contraer el primer matrimonio ha sido relativamente estable en los últimos decenios. Si bien es posible un aumento de 2 ó 3 años, de momento no hay indicios de que se vaya a realizar.

Para concluir, los autores señalaron varios hechos que influyen en la fecundidad futura. La tasa global de fecundidad en Filipinas es ahora de alrededor de 1,5 nacimientos por mujer por encima del nivel de reemplazo, la fecundidad deseada se mantiene por encima del nivel de reemplazo en todos los principales sectores de la población y la fecundidad no deseada es relativamente alta. Estas tres influencias tienden a un ritmo más lento del descenso de la fecundidad. Existen ciertas perspectivas de que los cambios en las modalidades de nupcialidad pudieran contribuir a nuevos descensos de la tasa de fecundidad, pero no existen pruebas de que dichos cambios se estén produciendo. Los autores llegaron a la conclusión de que es poco probable que la fecundidad en Filipinas descienda al nivel de reemplazo durante los dos próximos decenios.

LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN SUDÁFRICA Y SUS CONSECUENCIAS EN LOS CUATRO PRINCIPALES GRUPOS DE POBLACIÓN

Leon Swartz

La fecundidad empezó a disminuir en Sudáfrica en todos los principales grupos de población antes del fin del *apartheid*. Esta disminución se produjo en un ambiente de pobreza, desigualdad y denegación de los derechos de la mujer. Esto supone un marcado contraste con otras partes del África subsahariana, donde la pobreza ha tendido a asociarse a una elevada fecundidad. En este documento se investigan los factores que contribuyeron al descenso de la fecundidad en Sudáfrica. En el país en general, la fecundidad era alta y estable entre 1950 y 1970, con un promedio de 6 a 7 hijos por mujer. La tasa de fecundidad en 1999 era de 2,9 hijos por mujer. El Gobierno empezó a prestar un fuerte apoyo a la planificación de la familia en el decenio de 1960, y en 1970 puso en marcha el Programa Nacional de Planificación de la Familia, con un generoso financiamiento. Los resultados fueron impresionantes y sin precedentes en el África subsahariana. Para 1983, más de la mitad de las mujeres expuestas al riesgo de concebir estaban usando algún método anticonceptivo. El programa de Sudáfrica fue ideado y puesto en práctica por un gobierno blanco minoritario, empeñado en retrasar el crecimiento de la población mayoritaria negra, pero muchas mujeres negras adoptaron la planificación de la familia pese a la índole del programa. Varios factores se conjugaron para crear una situación en la que la mujer tenía que aceptar la responsabilidad primordial de la crianza de los hijos sin acceso a recursos productivos. Su reacción fue controlar su fecundidad, no como resultado de sus aspiraciones educativas o profesionales o de un estilo de vida acomodado, sino como estrategia de supervivencia. La fecundidad sigue siendo muy valorada en Sudáfrica, al igual que en el resto del África subsahariana. Pese a la fecundidad relativamente baja, los altos niveles de embarazo no deseado y en la adolescencia y la demanda no atendida de anticonceptivos son importantes motivos de preocupación. Muchas mujeres todavía no tienen control sobre sus decisiones en materia de procreación.

DE LAS PERSPECTIVAS DE UN DESCENSO PERMANENTE DE LA FECUNDIDAD EN ASIA MERIDIONAL

Alaka Malwade Basu

El descenso mundial de la fecundidad, es decir, el descenso de la fecundidad en todos o en la mayoría de los países del mundo, no se debe confundir con la convergencia mundial de la fecundidad, es decir, el descenso de la fecundidad a un nivel común en todos o la mayoría de los países. El descenso mundial de la fecundidad ya se está produciendo, pero las variaciones geográficas y culturales moderarán el movimiento a la convergencia mundial de la fecundidad todavía durante muchos decenios. Este aserto está avalado por las diferencias de fecundidad que se observan en el mundo en desarrollo y por el alto grado de variación de los determinantes próximos de la fecundidad, en particular el matrimonio, el uso de anticonceptivos y el aborto. En su documento, la Sra. Basu se valió de lecciones sacadas de esta variación en apoyo de su argumento de que la futura fecundidad en Sudáfrica podría no llegar a los niveles más bajos observados actualmente en muchos países más desarrollados.

En los estudios de los determinantes próximos del descenso de la fecundidad en los países en desarrollo se suele hacer una distinción entre el aumento de la edad al contraer matrimonio y el descenso de la fecundidad de los matrimonios, pero la experiencia de los países desarrollados indica que el aumento del celibato puede ser más importante que el cambio de la edad al contraer matrimonio. La elevada proporción del celibato, tanto como la baja tasa de fecundidad de los matrimonios, puede ser responsable de las tasas inusualmente bajas de fecundidad global observadas en algunos

países desarrollados. Lo más probable es que pasen muchos decenios antes de que se den altos niveles de celibato en Asia meridional. Esto limitará el futuro descenso de la fecundidad en la región.

Asimismo es importante considerar la distribución de la fecundidad de los matrimonios por el número de hijos nacidos a las familias. Las repercusiones de un descenso de la fecundidad de los matrimonios derivado de una disminución de la proporción de familias con muchos hijos pueden ser muy distintas de las repercusiones de un descenso de fecundidad derivado del aumento de la proporción de parejas sin hijos. La experiencia de los Estados Unidos y de países europeos indica que la fecundidad sostenida por debajo del nivel de reemplazo exige un nivel relativamente alto de infecundidad en el matrimonio. Habida cuenta de los imperativos culturales de Asia meridional, es muy poco probable que se produzca un aumento considerable de infecundidad voluntaria en el matrimonio. El cambio ideológico que acompaña al paso de familias numerosas a familias pequeñas es compatible con las normas actuales que rigen la vida de la familia. El paso de las pequeñas familias a la infecundidad voluntaria no lo es. Ese paso exigiría un cambio normativo incompatible con las trayectorias actuales de desarrollo, educación y modernización.

Con respecto al ritmo de disminución de la fecundidad, no tiene que ser uniforme durante toda la transición. Puede haber períodos en los que el descenso sea más lento o se detenga, mientras determinadas influencias o condiciones habilitantes le dan alcance. Por ejemplo, en el caso de la India, las mujeres pueden estar perfectamente dispuestas a tener menos de 4 ó 5 hijos, dados el descenso de la tasa de mortalidad infantil y en la niñez y la disponibilidad de servicios anticonceptivos, pero pueden no estar dispuestas a renunciar a un hijo varón o, mejor aún, a 2 hijos varones, que consideran esencial por motivos económicos, sociales y espirituales. El nivel de fecundidad en la India puede, por tanto, permanecer estacionario durante algún tiempo alrededor de 3 hijos por mujer, mientras van ganando terreno la educación y modernización que apoyan un número más reducido. La reciente interrupción del descenso de la fecundidad en Bangladesh respalda esta idea. En conclusión, la Sra. Basu advirtió que la tecnología médica puede hacer que sea posible satisfacer la demanda de fecundidad patriarcal de Asia meridional, incluso con un rápido descenso de la fecundidad, al favorecer un mayor nacimiento de varones.

Anexos

PROGRAMA

Lunes, 11 de marzo de 2002		
Mañana	I.	Apertura de la reunión
	II.	Discurso principal
Tarde	III.	Cuestiones mundiales que afectan la transición de la fecundidad
Martes, 12 de marzo de 2002		
Mañana	IV.	Niveles, tendencias y determinantes de la fecundidad
Tarde	V.	Políticas y programas nacionales
Miércoles, 13 de marzo de 2002		
Mañana	VI.	Expectativas futuras de fecundidad
Tarde	VII.	Reflexiones de varias personalidades
Jueves, 14 de marzo de 2002		
Mañana	VIII.	Regreso al futuro: Hipótesis propuestas por las Naciones Unidas
Tarde	IX.	Resumen del relator
	X.	Conclusión
	XI.	Clausura de la reunión

LISTA DE PARTICIPANTES

Sr. Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi
 Profesor Adjunto
 Departamento de Demografía
 Facultad de Ciencias Sociales
 Universidad de Teherán
 Teherán
 República Islámica del Irán
 Tel.: +98 (21) 802-4936
 Fax: +98 (21) 801-2524
 Correo electrónico: mabbasi@chamran.ut.ac.ir

Sr. Akinrinola Bankole
 Senior Research Associate
 The Alan Guttmacher Institute
 120 Wall Street, 21st Floor
 Nueva York, NY 10005
 Estados Unidos de América
 Tel.: +1 (212) 248-1111
 Fax: +1 (212) 248-1951
 Correo electrónico: abankole@guttmacher.org

Sr. Fred Arnold
 ORC Macro
 11785 Beltsville Drive
 Calverton, MD 20705
 Estados Unidos de América
 Tel.: +1 (301) 572-0938
 Fax: +1 (301) 572-0999
 Correo electrónico: arnold@macroint.com

Sr. P. N. Mari Bhat
 Institute of Economic Growth
 University Enclave
 Delhi 110007
 India
 Tel.: +91 (11) 766-7288
 Fax: +91 (11) 766-7410
 Correo electrónico: mari@ieg.ernet.in

Sra. Alaka Malwade Basu
 Harvard Center for Population and Development
 Studies
 9 Bow Street
 Cambridge, MA 02138
 Estados Unidos de América
 Tel.: +1 (617) 496-3225
 Fax: +1 (617) 495-5418
 Correo electrónico: abasu@hsph.harvard.edu

Sr. John Blacker
 Centre for Population Studies
 49-51 Bedford Square
 Londres WC1B 3DP
 Reino Unido
 Correo electrónico: john.blacker@lshtm.ac.uk

Sr. John Bongaarts
Population Council
One Dag Hammarskjöld Plaza 9th Floor
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (212) 339-0660
Fax: +1 (212) 755-3755
Correo electrónico: jbongaarts@popcouncil.org

Sr. John Caldwell
Health Transition Centre
National Centre for Epidemiology & Population
Health
Australian National University
Canberra, A.C.T. 0200, Australia
Tel.: +61 (2) 6249-2305 (d)
Fax: +61 (2) 6249-7926
Correo electrónico: jack.caldwell@anu.edu.au

Sr. John Casterline
Senior Associate
Policy Research Division - Population Council
One Dag Hammarskjöld Plaza
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (212) 339-0692
Fax: +1 (212) 755-6052
Correo electrónico: jcasterline@popcouncil.org

Sr. John Cleland
Director
Centre for Population Studies
London School of Hygiene and Tropical Medicine
49-51 Bedford Square
Londres WC1B 3DP
Reino Unido
Tel.: +44 (20) 7299-4621
Fax: +44 (20) 7299-4637
Correo electrónico: john.cleland@lshtm.ac.uk

Sra. María Eugenia Cosío-Zavala
Directrice du CREDAL
IHEAL
28, rue Saint-Guillaume
75007 París
Francia
Tel.: +33 (1) 4439-8672
Fax: +33 (1) 4548-7958
Correo electrónico: cosio@univ-paris3.fr

Sr. Youssef Courbage
INED
15 rue Sedaine 75011
París
Francia
Tel.: +33 (1) 4218-2147
Fax: +33 (1) 4218-2199
Correo electrónico: courbage@ined.fr

Sr. Tim Dyson
Department of Population Studies
London School of Economics
Houghton Street
Londres WC2A 2AE, Reino Unido
Tel.: +44 (20) 7955-7662
Fax: +44 (20) 7955-7662
Correo electrónico: t.dyson@lse.ac.uk

Sr. Griffith Feeney
United Nations
2 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (212) 963-3203
Fax: +1 (212) 963-2147
Correo electrónico: gfeeney@gfeeney.com

Sr. Jason Finkle
School of Public Health
2645 Bedford Rd.
Ann Arbor, MI 48104
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (313) 936-1628
Fax: +1 (313) 647-0643
Correo electrónico: jfinkle@umich.edu

Sr. Thomas Frejka
3997 Coquina Drive
Sanibel, FL 33957
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (941) 395-2534
Fax: +1 (941) 395-2543
Correo electrónico: tfrejka@aol.com

Sr. Dov Friedlander
Department of Population Studies
Faculty of Social Sciences
The Hebrew University of Jerusalem
Mount Scopus Campus
Jerusalem 91905
Israel
Tel.: +972 (2) 588-3334
Fax: +972 (2) 532-2545
Correo electrónico: dovfri@vms.huji.ac.il

Sra. Ana Maria Goldani
Visiting Professor
Department of Sociology and Latin
American Studies of the University of California
Los Angeles (UCLA)
1362 Woodruff Avenue
Los Angeles, CA 90024
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (310) 825-4572
Fax: +1 (310) 206-6859
Correo electrónico: anagold@isop.ucla.edu

Sr. Jean Pierre Guengant
Institut de recherche pour le développement
(IRD-Niamey)
BP 11416
Niamey, Nigeria
Tel.: +227 (75) 3115/2610/3827
Fax: +227 (75) 2804 /2054
Correo electrónico: guengant@ird.ne

Sr. Carl Haub
Population Reference Bureau
1875 Connecticut Avenue, Suite 520
Washington, DC 20009
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 939-5415
Fax: +1 (202) 328-3937
Correo electrónico: carlh@prb.org

Sr. François Héran
Director
INED
Correo electrónico: heran@ined.fr

Sr. Mizanur Rahman
Pathfinder International
Nine Galen St., Suite 217
Watertown, MA 02472
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (617) 924-7200
Fax: +1 (617) 924-3833
Correo electrónico: mrahman@pathfind.org

Sr. Terence Hull
Demography Program
Australian National University
Canberra, ACT 0200
Australia
Tel.: +61 (2) 6125-0527
Fax: +61 (2) 6125-3031
Correo electrónico: terry.hull@anu.edu.au

Sr. John Ross
Futures Group International
80 Glastonbury Blvd
Glastonbury, CT 06033-4409
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (860) 633-3501
Fax: +1 (860) 657-3918
Correo electrónico: j.ross@tfgi.com

Sra. Lin Lean Lim
Programa de Promoción de Género (GENPROM)
Oficina Internacional del Trabajo
4, route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22
Suiza
Tel.: +41 (22) 799-7843
Fax: +41 (22) 799-7657
Correo electrónico: lim@ilo.org

Sr. Steven Sinding
Columbia University
60 Haven Ave.
Nueva York, NY 10032
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (212) 304-5239
Fax: +1 (212) 305-7024
Correo electrónico: sws61@columbia.edu

Sra. Thérèse Locoh
Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
133 Boulevard Davout
75980 Paris Cedex 20
France
Tel.: +33 (1) 5606-2218
Fax: +33 (1) 5606-2192
Correo electrónico: locoh@ined.fr

Sr. Leon Swartz
Deputy Director
Intergovernmental HIV/Aids Research Collaboration
Department of Social Development
Private Bag X901
Pretoria 0001
República de Sudáfrica
Tel.: +27 (12) 312-7654
Fax: +27 (12) 312-7932
Correo electrónico: leon@welspta.pwv.gov.za

Sra. Marilou Palabrica-Costello
Program Associate
International Programs Division
Population Council, Manila
802 Pacific Place
Pearl Drive, Ortigas Center
Pasig, Metro Manila
Filipinas
Tel.: +63 (2) 687-3307
Fax: +63 (2) 638-6618
Correo electrónico: costello@pcmanila.org

Sr. Riad Tabbarah
Director
Center for Development Studies and Projects
(MADMA)
Beirut
Líbano
Tel.: +961 (1) 345-742
Fax: +961 (1) 345-742
Correo electrónico: rtabbarah@aol.com

Sra. Edith Alejandra Pantelides
CENEP
Casilla 1457
Correo Central
(1000) Buenos Aires
Argentina
Tel.: +54 (11) 4961-2268/0309
Fax: +54 (11) 4961-8195
Correo electrónico: eap@cenep.org.ar

Sr. Rodolfo Tuirán
Angel Urraza 1137
Col. del Valle 03100
México, D.F.
México
Tel.: +52 (5) 559-5263
Fax: +52 (5) 559-7318
Correo electrónico: tuiran@servidor.unam.mx

Sr. Virgilio Partida
Rancho Guadalupe 55
Col. Campestre Coyoacán
C.P. 04938
Delegación Coyoacán
Distrito Federal
México
Correo electrónico: vpartida@prodigy.net.mx

Sr. Ben Wattenberg
American Enterprise Institute
1150 17th Street, NW
Washington, DC 20036
Estados Unidos de América
Correo electrónico: wattenberg@aol.com

Sr. Peter Way
Chief
International Programs Center
U.S. Census Bureau
Washington, DC 20233
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (301) 457-1390
Fax: +1 (301) 457-3034
Correo electrónico: pway@census.gov

Sra. Basia Zaba
Centre for Population Studies
London School of Hygiene and Tropical Medicine
49/51 Bedford Square
Londres WC1B 3DP
Reino Unido
Tel.: +44 (0) 20-7299-4699
Fax: +44 (0) 20-7299-4637
Correo electrónico: basia.zaba@lshtm.ac.uk

Otros participantes

Sr. Alisson Flavio Barbieri
Carolina del Norte, Estados Unidos de América

Sra. Sanyu Mojola
Chicago, Estados Unidos de América

Sra. Sunita Bose
Nueva York, Estados Unidos de América

Sr. Maxwell Ndigume Kwenda
Ohio, Estados Unidos de América

SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

Sede

División de Población

Sr. Joseph Chamie
Director

Sra. Hanta Rafalimanana
Oficial de Asuntos de Población

Sr. Larry Heligman
Director adjunto y Jefe de Subdivisión,
Subdivisión de Estudios de Población

Sr. Stephen Kisambira
Oficial de Asuntos de Población

Sra. Hania Zlotnik
Jefa, Sección de Estimaciones
y Proyecciones Demográficas

Sr. Francois Pelletier
Oficial de Asuntos de Población

Sra. Vasantha Kandiah
Jefa, Sección de Estudios sobre
Fecundidad y Planificación

Sra. Sabine Henning
Oficial de Asuntos de Población

Sr. Armindo Miranda
Asesor Interregional

Sra. Karoline Schmid
Oficial de Asuntos de Población

Sra. Nancy Yu-ping Lin
Oficial Superior de Asuntos de Población

Sra. Cheryl Sawyer
Oficial de Asuntos de Población

Sr. Thomas Buettner
Oficial de Asuntos de Población

Sra. Marilyn El-Shahawi
Auxiliar administrativa

Sr. Anatoly Zoubanov
Oficial de Asuntos de Población

Sra. María Delarosa
Auxiliar de edición

División de Estadística

Sr. Hermann Habermann
Director

Sra. Mary Chamie
Subdivisión de Estadísticas Demográficas y Sociales

División de Política Social y Desarrollo

Sra. Odile Frank
Jefa de Subdivisión, Subdivisión de Integración Social

Comisiones Regionales

Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL/CELADE)

Sra. Susana Schkolnik
Área de Demografía
Casilla 91
Santiago, Chile
Tel.: +56 (2) 210-2003
Fax: +56 (2) 208-0196
Correo electrónico: sscholnik@eclac.cl

Sr. José Miguel Guzmán
Área de Población y Desarrollo
Casilla 91
Santiago, Chile

Comisión Económica para Europa (CEE)

Sr. Miroslav Macura
 Servicio de Actividades en Materia de Población
 División de Análisis Económicos
 Palais des Nations
 1211 Ginebra 10
 Suiza
 Tel.: +41 (22) 917-2764
 Fax: +41 (22) 917-0101
 Correo electrónico: miroslav.macura@unece.org

Organismos especializados, fondos y programas**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

Sr. Gareth Jones
 Base de información y estadísticas
 3 United Nations Plaza, Room H-11F
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos de América
 Correo electrónico: gjones@unicef.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Sr. Richard Leete
 Jefe
 Subdivisión de Población y Desarrollo
 División de Apoyo Técnico
 220 East 42nd Street
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos de América
 Tel.: +1 (212) 297-5281
 Fax: +1 (212) 297-4915
 Correo electrónico: leete@unfpa.org

Sra. Kouroum Nacro
 Oficial técnico
 Subdivisión de Población y Desarrollo
 División de Apoyo Técnico
 220 East 42nd Street
 Nueva York, NY 10017
 Estados Unidos de América
 Tel.: +1 (212) 297-5281
 Fax: +1 (212) 297-4915
 Correo electrónico: nacro@unfpa.org

Banco Mundial

Sr. Eduard Bos
 1818 H Street, N.W.
 Washington, DC 20433
 Estados Unidos de América
 Correo electrónico: ebos@worldbank.org

LISTA DE DOCUMENTOS

Símbolo	Título/autor
Documentos de antecedentes	
UN/POP/CFT/2002/BP/1	El reto demográfico contemporáneo (John C. Caldwell)
UN/POP/CFT/2002/BP/2	Las repercusiones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (Jason Finkle)
UN/POP/CFT/2002/BP/3	El papel del financiamiento internacional en la reducción futura de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia (Steven W. Sinding)
UN/POP/CFT/2002/BP/4	Examen de los cambios de la situación de la mujer y el género como variables predictivas de cuestiones de cambio de fecundidad en países de fecundidad intermedia (María E. Cosío-Zavala)
UN/POP/CFT/2002/BP/5	El efecto del VIH-1 en la fecundidad en el África subsahariana: causas y consecuencias (Simon Gregson, Basia Zaba y Susan-Catherine Hunter)
UN/POP/CFT/2002/BP/6	Niveles y tendencias de fecundidad en los países con fecundidad intermedia (División de Población)
UN/POP/CFT/2002/BP/7	Las estructuras familiares y el descenso de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia de África occidental (Thérèse Locoh)

Símbolo	Título/autor
Documentos de antecedentes (continuación)	
UN/POP/CFT/2002/BP/8	La educación y las tendencias futuras de fecundidad, en particular en los países en mitad de la transición (John Cleland)
UN/POP/CFT/2002/BP/9	La participación de la mujer en la fuerza laboral (Lin Lean Lim)
UN/POP/CFT/2002/BP/10	Los determinantes próximos durante la transición de la fecundidad (Jean-Pierre Guengant)
UN/POP/CFT/2002/BP/11	Opiniones y políticas gubernamentales respecto al crecimiento demográfico y la fecundidad en países con fecundidad intermedia (División de Población)
UN/POP/CFT/2002/BP/12	Medidas de esfuerzo de programas de planificación de la familia: tendencias pasadas y perspectivas futuras (John Ross)
UN/POP/CFT/2002/BP/13	El futuro de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia (División de Población)
UN/POP/CFT/2002/BP/14	El fin de la transición de la fecundidad en el mundo en desarrollo (John Bongaarts)
Documentos de los países	
UN/POP/CFT/2002/CP/1	La terminación de la transición de la fecundidad: el caso de la Argentina (Edith Alejandra Pantelides)
UN/POP/CFT/2002/CP/2	¿Cuánto tardará Bangladesh en alcanzar la fecundidad de reemplazo (Mizanur Rahman y Julie DaVanzo)
UN/POP/CFT/2002/CP/3	¿Qué ocurrirá con la fecundidad en el Brasil? (Ana María Goldani)
UN/POP/CFT/2002/CP/5	Los cambios de fecha de la fecundidad de reemplazo de la India: repaso de las tendencias recientes de fecundidad y perspectivas futuras (Mari Bhat)
UN/POP/CFT/2002/CP/6	Del futuro de la fecundidad humana en la India (Tim Dyson)
UN/POP/CFT/2002/CP/7	Atrapada en el tránsito: cuestiones sobre la fecundidad indonesia (Terry Hull)
UN/POP/CFT/2002/CP/8	Los cambios recientes y el futuro de la fecundidad en la República Islámica del Irán (Mohammed Jalal Abbasi-Shavazi)
UN/POP/CFT/2002/CP/9	La fecundidad en Israel: ¿se vislumbra la transición al nivel de reemplazo? (Dov Friedlander)
UN/POP/CFT/2002/CP/10	La terminación de la transición de la fecundidad: Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria (Riad Tabbarah)
UN/POP/CFT/2002/CP/11	La transición de la fecundidad en Kenya ¿hasta qué nivel descenderá? (John Blacker)
UN/POP/CFT/2002/CP/12	Tras los pasos de Europa meridional: la fecundidad en el Maghreb (Youssef Courbage)
UN/POP/CFT/2002/CP/13	La fecundidad en México: recientes tendencias y perspectivas (Rodolfo Tuiran, Virgilio Partida, Elena Zúñiga y Octavio Mojarro)
UN/POP/CFT/2002/CP/14	La transición de la fecundidad en Nigeria: tendencias y perspectivas (Bamikale J. Feyisetan y Akinrinola Bankole)
UN/POP/CFT/2002/CP/15	El descenso de la fecundidad en Filipinas: situación actual, perspectivas futuras (Marilou Palabrica-Costello y John Casterline)
UN/POP/CFT/2002/CP/16	La transición de la fecundidad en Sudáfrica (Leon Swartz)
UN/POP/CFT/2002/CP/17	De las perspectivas de un descenso permanente de la fecundidad en Asia meridional (Alaka Malwade Basu)
Documentos de información	
UN/POP/CFT/2002/INF.1	Programa
UN/POP/CFT/2002/INF.2	Organización del trabajo
UN/POP/CFT/2002/INF.3	Lista de participantes
UN/POP/CFT/2002/INF.4	Lista de documentos

SEGUNDA PARTE

DOCUMENTOS DE ANTECEDENTES

El futuro de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia

División de Población*

RESUMEN

En este documento se

examina el estado de la transición de la fecundidad y los procesos que han conducido a las reducciones casi universales de fecundidad alcanzadas hasta la fecha. El estado del conocimiento actual, respaldado por la experiencia de un creciente número de países, indica que en el futuro es probable que sean comunes los períodos prolongados de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Las directrices revisadas para la *Revisión de 2000* de las Naciones Unidas para la proyección de la fecundidad en los países actualmente con fecundidad intermedia se proponen con pleno conocimiento de que la fecundidad de reemplazo no está programada necesariamente en la evolución de las poblaciones. Las directrices propuestas dan a entender que, con arreglo a la variante media, se proyectará que, aproximadamente, el 80% de la población mundial tendrá una fecundidad inferior a la de reemplazo antes de mediados del siglo.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del decenio de 1960, cuando el auge de natalidad, que había elevado el nivel de fecundidad en muchas partes del mundo en desarrollo, estaba rápidamente transformándose en una caída de la natalidad, ha prevalecido una fecundidad muy baja en muchos de los países que iniciaron temprano la transición demográfica. Así pues, los niveles de fecundidad han permanecido constantemente por debajo de 2,1 hijos por mujer al menos 25 años en 20 países europeos y el Japón, y para el quinquenio de 1995 a 2000, otros 44 países registraron tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Aunque esos bajos niveles de fecundidad son principalmente característicos de los países europeos, no han estado limitados a esa zona. Varias islas del Caribe (Barbados, Cuba, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y Trinidad y Tabago) así como una serie de países o zonas de Asia oriental y sudoriental (China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, la Región Administrativa Especial de Macao, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Singapur) son parte del grupo y se distinguen por haberse unido a él aun cuando su fecundidad empezó a descender bastante después de 1950. En esos países, al igual que en los que iniciaron pronto la transición, el descenso de la fecundidad no se ha detenido al nivel de reemplazo, y en esta “fase de postransición” puede que la fecundidad no vuelva necesariamente al nivel de reemplazo en el futuro previsible.

En los 50 años que lleva elaborando estimaciones y proyecciones de población para todos los países y zonas del mundo, la División de Población de las Naciones Unidas se ha encargado de la difícil tarea de proyectar los niveles futuros de fecundidad de países con fecundidad muy baja. Ya en la *Revisión de 1968* la proyección de variante media para el Japón mantenía sus niveles de fecundidad ligeramente por debajo del nivel de reemplazo para parte del período de proyección, y en la *Revisión de 1978* se proyectaba para China

* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas.

un nivel de fecundidad por debajo del de reemplazo para 2000. Ahora bien, hasta finales del decenio de 1980, cuando se estaban haciendo proyecciones con un horizonte cronológico que se extendía sólo hasta 2025, el número de países cuya fecundidad se proyectaba al nivel de reemplazo o por debajo de él durante gran parte del período de proyección era reducido. En el decenio de 1990, al aumentar el número de países con fecundidad muy baja, se impuso la necesidad de un tratamiento más sistemático de esos países. Con objeto de revisar las directrices de proyección de la fecundidad en países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, la División de Población convocó en 1997 una reunión de expertos encargada de examinar las causas de los cambios observados y las perspectivas de que se mantuviera la fecundidad por debajo de dicho nivel a largo plazo. Las hipótesis en las que se basa la *Revisión de 1998* fueron las primeras en reflejar los debates y las conclusiones de aquella reunión.

En 2001, se celebró una reunión similar de expertos para estudiar las perspectivas de los países en los que la fecundidad no había empezado a descender o estaba empezando a hacerlo. La importancia de esos países se puso de relieve por los resultados de la *Revisión de 2000*, donde se proyectaron descensos de su fecundidad más lentos que en la *Revisión de 1998*. Como resultado de este cambio, los países de alta fecundidad aportaron cerca de 250 millones más de habitantes a la población mundial en 2050, pese a las considerables reducciones de fecundidad proyectadas con arreglo a la variante media. De postergarse más estas reducciones de fecundidad o de ser menos importantes de lo que indicaban las proyecciones, el crecimiento de la población resultante sería aun mayor.

Por último, otro acontecimiento digno de mención es el debate de las perspectivas futuras de descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en los numerosos países que ya están muy avanzados en la transición de la fecundidad. Si, con arreglo al precedente establecido por sus homólogos europeos, la mayoría de estos países alcanzase niveles por debajo del de reemplazo al completar la transición a la fecundidad baja y los mantuviese por períodos prolongados, tanto el crecimiento de su población como la rapidez del envejecimiento de ésta se verían afectados. Por consiguiente, el propósito de esta reunión es estudiar la variedad de factores que parecen apropiados para explicar la persistencia de una fecundidad muy baja y evaluar su probable pertinencia y efectos en los países que todavía están atravesando la transición de alta a baja fecundidad, la mayoría de los cuales ha alcanzado niveles de fecundidad intermedia. El propósito de dichas evaluaciones es ofrecer algún tipo de orientación en la formulación de hipótesis específicas sobre futuros niveles de fecundidad en esos países. En el presente documento se expone un método general para la formulación de hipótesis de proyección y se adelantan propuestas concretas respecto al rumbo que seguirán los países de fecundidad intermedia.

Las cuestiones principales

La prolongada permanencia de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo acaba, indefectiblemente, por dar lugar a reducciones obvias de población, a menos que la ganancia de la migración neta también se sostenga y sea de tamaño suficiente para compensar el descenso del número de nacimientos. Además, donde no exista migración, cuanto más baja sea la fecundidad alcanzada y mantenida, más rápido será el envejecimiento de la población y, cuando una población llega a etapas avanzadas de envejecimiento y se produce un descenso continuo de la proporción de personas en edad de procrear, el regreso de la fecundidad a niveles superiores al de reemplazo no detendrá inmediatamente la reducción de la población en general. Es decir, de igual modo que un régimen prolongado de alta fecundidad produce una población que sigue creciendo al menos durante una generación después de llegar a una fecundidad inferior a la de reemplazo, los períodos prolongados de fecundidad por debajo de este nivel dan lugar a una población cuya dinámica procreativa lleva en sí un impulso hacia el descenso de la población. En resumen, ni los niveles sostenidos de fecundidad por encima del nivel de reemplazo ni los niveles por debajo del de reemplazo conducen a una situación estable en términos de crecimiento de población.

Este principio fundamental de la dinámica demográfica ha guiado de manera implícita o explícita el criterio respecto a tendencias de fecundidad a largo plazo de los demógrafos, en general, y de la División de Población de las Naciones Unidas, en particular.

Aunque nuestro conocimiento de la dinámica de las poblaciones a través de la historia es muy fragmentario, no hay duda de que las tendencias registradas durante el siglo XX han sido únicas. En ningún momento anterior había crecido con tanta rapidez la población del mundo y durante períodos de tiempo tan prolongados como en la segunda mitad del siglo XX. Tampoco se habían alcanzado, en ningún momento anterior, reducciones totales de la tasa de crecimiento por la reducción sostenida y en expansión de la fecundidad entre los pueblos de la Tierra. En los años 50, cuando se empezaron a medir de manera sistemática las dinámicas de población en el mundo en desarrollo, los demógrafos advirtieron de la índole insostenible del crecimiento prolongado y rápido de la población. Las proyecciones demográficas fueron un instrumento valioso para dirigir la atención a las dificultades que surgirían más adelante. Tal vez de manera notable, la División de Población de las Naciones Unidas proyectó a comienzos del decenio de 1960 que la población en 2000 se acercaría a los 6.100 millones de habitantes (variante media), cifra muy similar a la estimada en la *Revisión de 2000*. Incluso a finales del decenio de 1950 y comienzos del de 1960, cuando todavía no había pruebas definitivas que indicaran la inminencia de reducciones de fecundidad, estas proyecciones fueron el resultado de hipótesis que preveían importantes reducciones de fecundidad en casi todas las regiones. La necesidad de estas reducciones para lograr finalmente una situación estable, en la que los nacimientos y las muertes casi se compensaran mutuamente, era un principio claro, aunque tal vez no explícito, en el que se basaba la hipótesis formulada.

Hoy, cuando existen pruebas contundentes de que las reducciones de fecundidad han empezado en casi todos los países del mundo, el centro de atención se ha desplazado a la discusión del “fin del crecimiento de la población”, frase a la que cada vez se recurre más para evocar descensos de población¹. Los resultados de las últimas proyecciones de población se interpretan en el sentido de que son inevitables nuevas reducciones de la fecundidad en cada población y se presta escasa atención al hecho de que, aun en el caso de que se produzcan las reducciones proyectadas, la población mundial seguirá aumentando a niveles sin precedentes y, lo que es tal vez más importante, la mayor parte del crecimiento de población prevista se concentrará en regiones concretas, con lo que se mantendrá la heterogeneidad de las dinámicas de población en los planos regionales, nacionales y subnacionales durante muchos decenios.

Es en este contexto en el que surge la cuestión clave planteada en esta reunión: ¿Debería ser el logro de un estado estable de la dinámica de población durante los próximos 50 años la norma más realista seguida por las proyecciones de los países que están muy avanzados en la transición a la fecundidad baja? O, si como permite suponer la experiencia de los países desarrollados, las reducciones reales de fecundidad no respetan el estado estable y con mucha frecuencia producen niveles muy por debajo del necesario para lograrlo, ¿qué nivel o niveles por debajo del de reemplazo se deben proyectar para el futuro y con qué rapidez se habrán de alcanzar?

Al responder a estas preguntas convendría tener presente las consecuencias de diferentes errores. Dado que no es probable que nadie pueda prever el futuro con exactitud la mayor parte del tiempo, los errores son inevitables. Si, con respecto a un país determinado, los niveles proyectados de fecundidad resultan a largo plazo ser más altos que los registrados en realidad, el país acabará teniendo menos población y más envejecida de lo que se había previsto originalmente, pero, en igualdad de circunstancias, tendrá probablemente más recursos per cápita que con una población mayor. Si, en cambio, la fecundidad proyectada resulta a largo plazo ser más baja que la real, será preciso atender a las necesidades de una población mayor de lo que se había previsto. En los planos regional o mundial, el predominio del primer tipo de error dará por resultado una población mayor de la real, y el predominio del segundo error, la situación inversa. En la historia de las proyecciones de la División de Población, una evaluación *a posteriori* indica que el

¹ De hecho, durante años, varios autores se han ocupado de la posibilidad de que el crecimiento de la población termine y dé paso a un descenso de la población. En los años 30, Spengler (1930) y Stuart (1939) escribieron artículos titulados “When population ceases to grow” y “Population going down”, respectivamente. En 1970, Kingsley Davis (1970) examinó las perspectivas del fin del crecimiento de la población en un artículo titulado “The climax of population growth: past and future perspectives”. En los años 80, Ben Wattenberg acuñó la frase “la carestía de nacimientos” y publicó un libro con ese título (*The Birth Death*), en el que trata de las perspectivas de los países con fecundidad deficitaria (Wattenberg, 1987). En fechas más recientes, Lutz, Sanderson y Scherbov pusieron de relieve la cuestión en un artículo titulado “The end of the population growth”, en el que afirmaban que el crecimiento [de la población humana] es probable que llegue a su fin en el futuro previsible (Lutz, Sanderson y Scherbov, 2001, pág. 543).

de reemplazo, el promedio oscilaría entre un mínimo de 1,38 a un máximo de 2,08 hijos por mujer, con un promedio de 1,76 hijos por mujer. Un examen más detenido de las tendencias observadas desde 1950 en los países de baja fecundidad indica que muchos de ellos ya habían alcanzado las últimas etapas de la transición a la baja fecundidad para el quinquenio de 1950 a 1955, tras haber alcanzado niveles de fecundidad total por debajo de 3 hijos por mujer. Dado que en la actualidad la mayoría de los países con fecundidad intermedia todavía tienen niveles de fecundidad de más de 3 hijos por mujer, y que el grupo de países de baja fecundidad, cuya fecundidad total de 1950 a 1955 era de más de 3 hijos por mujer, incluye la mayor parte de los países en desarrollo que ya han visto su fecundidad descender por debajo de niveles de reemplazo, es instructivo comparar los niveles recientes de fecundidad de estos últimos con los de todos los países de baja fecundidad. En lo que se refiere a nivel de fecundidad total de 1995 a 2000, el grupo de países de baja fecundidad, con alta fecundidad de 1950 a 1955, tenía una fecundidad total media ligeramente más alta que la de todos los países de baja fecundidad (1,71 frente a 1,57 hijos por mujer, respectivamente). Además, en lo que se refiere a niveles medios de fecundidad total registrados mientras se mantenían los niveles por debajo del de reemplazo, los países de baja fecundidad, con alta fecundidad de 1950 a 1955, arrojan un promedio más alto que todos los países de baja fecundidad (1,81, en lugar de 1,76 hijos por mujer). De estas comparaciones y, si se parte del supuesto de que la experiencia de los países con baja fecundidad puede ofrecer alguna orientación en cuanto a los niveles medios de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo que pueden alcanzar y mantener en el futuro los países de fecundidad intermedia de hoy, un valor redondeado de cerca de 1,8 hijos por mujer parece ser un punto de partida realista.

En cuanto a las otras dos cuestiones importantes al proyectar la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de países con fecundidad intermedia, a saber, el calendario de la transición a la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y la duración del período de tiempo en que debería mantenerse en ese nivel, la experiencia pasada no ofrece mucha orientación. Varios de los países con baja fecundidad de hoy atravesaron períodos relativamente prolongados de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo a comienzos del siglo XX, pero en la mayor parte de los casos la fecundidad volvió a situarse en niveles bien por encima del de reemplazo durante los decenios de 1940, 1950 e incluso 1960. En la mayoría de los países con fecundidad baja, en los que se registraron niveles muy bajos de fecundidad en los decenios de 1920 y 1930, esa transición temprana a la fecundidad

Cuadro 1
Indicadores de la distribución de determinados grupos de países con fecundidad baja^a, según la fecundidad total

	Fecundidad total de 1995 a 2000	Promedio para el período de fecundidad por debajo del de reemplazo antes de 2000	Proyectada para 2045-2050 (variante media)
Todos los países con fecundidad baja			
Mínimo	1,12	1,38	1,61
Cuartil inferior	1,34	1,65	1,82
Mediano	1,55	1,74	1,90
Cuartil superior	1,77	1,86	1,97
Máximo	2,06	2,08	2,10
Promedio	1,57	1,76	1,88
Países con tasa de fecundidad > 3 en 1950-1955			
Mínimo	1,15	1,38	—
Cuartil inferior	1,52	1,69	—
Mediano	1,76	1,83	—
Cuartil superior	1,96	1,96	—
Máximo	2,06	2,08	—
Promedio	1,71	1,81	—

^a Se refiere a los países de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de 1995 a 2000.

por debajo del nivel de reemplazo no fue abrupta, sino que representó, más bien, una continuación de tendencias descendentes a largo plazo (Teitelbaum y Winter, 1985). En cambio, en los países en desarrollo que han alcanzado niveles de fecundidad por debajo del de reemplazo después de 1950, la transición a la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo ha sido menos prolongada. Por tanto, se puede esperar que, si los países con fecundidad intermedia alcanzan la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, podrán hacerlo con relativa rapidez, es decir, sin mantener niveles de fecundidad bajos, pero por encima del de reemplazo, por largo tiempo.

No obstante, en algunos países en desarrollo donde la transición a la fecundidad baja se produjo relativamente pronto, los niveles de fecundidad todavía no han descendido siquiera al nivel de reemplazo. La Argentina y el Uruguay son dos ejemplos. En ambos países, la fecundidad total ya era baja para las normas mundiales de 1950 a 1955, cerca de 3 hijos por mujer, pero se ha mantenido sistemáticamente por encima de 2,1 hijos por mujer durante los 45 años siguientes y todavía se ha mantenido en 2,6 hijos por mujer en la Argentina y 2,4 en el Uruguay de 1995 a 2000. Ni los altos niveles de inflación, las recesiones, la guerra, el grado de instrucción relativamente alto, ni las tasas relativamente altas de participación de la mujer en la fuerza laboral han producido niveles por debajo del de reemplazo en la Argentina. La posibilidad de que en ambos países continúen estas excepcionales tendencias de fecundidad en el futuro y de que representen modalidades que se puedan repetir en otros países, en particular en los de América del Sur, es algo que no se puede prever fácilmente dadas las pruebas actuales.

Por último, con respecto a la persistencia de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, las pruebas del pasado no permiten llegar a ninguna conclusión. Como se ha indicado anteriormente, el auge de natalidad de 1945 a 1960 puso fin al período de fecundidad por debajo del de reemplazo en muchos países desarrollados y no existe garantía de que no se produzcan “mini auges de natalidad” en el futuro en otros contextos. De hecho, anteriores revisiones de proyecciones de población han optado generalmente por un regreso de la fecundidad de los países en los que ésta es baja, al nivel de reemplazo, al menos a largo plazo. Ahora bien, a partir de la *Revisión de 1998*, el regreso al nivel de reemplazo para 2050 ya no se considera muy probable y la fecundidad total de la mayor parte de los países con fecundidad baja se mantuvo bien por debajo del nivel de reemplazo hasta el período de 2045 a 2050. En parte debido al cambio de mentalidad, se ha planteado la cuestión de si 2,1 es un nivel objetivo realista para el futuro de la fecundidad total en la mayoría de los países en desarrollo. Si se llega a un acuerdo de que el nivel previsto debería cambiarse a un número más bajo, parecería apropiado mantener dicho nivel constante hasta el período de 2045 a 2050, ya que las pruebas de que disponemos actualmente no permiten pronosticar fluctuaciones del futuro de la fecundidad a largo plazo. Además, a diferencia de lo que ocurre con los países desarrollados con baja fecundidad, no existen datos detallados de las tendencias de fecundidad de muchos de los países con fecundidad intermedia. Por tanto, la falta de datos impediría el análisis de fecundidad de cohortes en relación con la fecundidad del período para tratar de averiguar, por ejemplo, si la postergación de los nacimientos podría reducir las tasas del período sólo temporalmente y si sería probable una recuperación.

En resumen, al igual que los analistas encargados de producir las proyecciones de población del decenio de 1960 y comienzos del de 1970, los de hoy se enfrentan a la tarea de considerar si en los próximos 50 años se producirá un segundo cambio trascendental, y en gran parte sin precedentes, de las dinámicas de población. ¿Pasará la fecundidad por debajo del de reemplazo a ser la norma en la gran mayoría de los países del mundo antes de 2050? ¿Se prolongará el período de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en la mayoría de los países? Lo mismo que nuestros predecesores, la principal prueba que guía nuestras decisiones hoy es la que nos ofrece la experiencia de los países desarrollados y los pocos países en desarrollo que ya están en el camino hacia una fecundidad muy baja. Dadas las rápidas reducciones de fecundidad que ya se han registrado en la mayoría de los países en desarrollo, cada vez parece menos probable que su fecundidad acabe por estabilizarse en

un nivel considerablemente más alto que el promedio registrado en los países desarrollados. Pese al atractivo teórico de la fecundidad de nivel de reemplazo, para las poblaciones reales el reemplazo no es una meta inexorable, y las desviaciones a largo plazo del nivel de reemplazo pueden resultar ser más la norma que la excepción, sobre todo si se mantienen dentro de un margen limitado de nivel de reemplazo real.

La orientación que ofrece la teoría

En reconocimiento de la importancia crítica y el carácter sin precedentes de las reducciones sostenidas de fecundidad que se han producido en ausencia de crisis, los especialistas en población han estado estudiando sus causas al menos durante 50 años. Existe una abundante y variada literatura sobre el tema. No obstante, en las evaluaciones del estado del conocimiento actual en publicaciones recientes, se llega a la conclusión de que todavía estamos lejos de saber exactamente cuáles factores fueron responsables del desencadenamiento y sostenimiento de las marcadas reducciones que han tenido lugar (Bulatao y Casterline, 2001; Casterline, 2001a). Por ejemplo, Cleland (2001a) califica de “asombrosa” la variedad de circunstancias en las que se ha producido el descenso de la fecundidad: ha tenido lugar cuando la situación económica ha mejorado y cuando ha empeorado; ha ocurrido en poblaciones con altos niveles de vida y en las que tienen niveles de vida bajos; ha arraigado en países con sólidos lazos con la cultura mundial de consumo y en los que estos lazos son débiles, y se ha producido bajo una serie de distintos regímenes políticos y ambientes normativos. Aunque una combinación de factores y circunstancias puede explicar las reducciones de fecundidad que se han producido en algunos casos, no puede hacerlo en otros.

Casterline (2001b) señala que los primeros intentos de explicar el descenso de la fecundidad la vinculaban a otras importantes transformaciones sociales y económicas que se habían producido en los siglos XIX y XX: la industrialización y la urbanización. Se atribuía a estas transformaciones un encarecimiento de la crianza de los hijos y una merma de los beneficios que los hijos representaban para las generaciones mayores (Thomson, 1929; Davis, 1945; Notestein, 1945 y 1953). Se reconoció asimismo la importancia del descenso de la mortalidad como condición previa a las reducciones de fecundidad (Davis, 1963) y se sostuvo que las nuevas ideas sobre la familia (Aries, 1962, 1980; Caldwell, 1982) y la menor adherencia a normas religiosas y éticas (por ejemplo, la creciente “secularización” de las poblaciones) también habían desempeñado un papel en esas transformaciones (Lesthaeghe, 1983).

Ahora bien, cuando estas ideas se pusieron a prueba, no resultaron ser concluyentes. En el decenio de 1970, se iniciaron dos importantes proyectos para analizar los factores que condujeron al descenso de la fecundidad: el Proyecto europeo de Princeton y el análisis de los datos del Estudio Mundial sobre la Fecundidad. En ambos se llegó a conclusiones similares (Casterline, 2001b; Cleland, 2001b). El Proyecto europeo de Princeton se concentró en el análisis de datos demográficos agregados para provincias de Europa durante el período de su transición a la fecundidad baja, es decir, de 1880 a 1930 (Coale y Watkins, 1986). El estudio permitió llegar a la conclusión de que el calendario del inicio de las reducciones de la fecundidad estaba sólo ligeramente vinculado a los niveles provinciales de modernización socioeconómica, pero inequívocamente vinculado a las diferencias étnicas, religiosas o de idioma. Además, el descenso de la fecundidad de los matrimonios en Europa no parecía estar impulsado por el cambio del valor atribuido a los hijos (Knodel, y van de Walle, 1986).

El análisis de los datos del Estudio Mundial sobre la Fecundidad, orientado a los países en desarrollo, muchos de los cuales estaban empezando la transición a la fecundidad baja, llegó a conclusiones similares. Al igual que en el proyecto europeo, sólo se encontraron vínculos débiles entre los factores socioeconómicos y las reducciones de la fecundidad observadas. Por ejemplo, la participación de la mujer en la fuerza laboral no era una variable predictiva de niveles de fecundidad en la mayoría de los países (Naciones Unidas, 1985) y el cambio del modo de producción familiar al no familiar no tuvo el efecto esperado en

el tamaño de la familia (Rodríguez y Cleland, 1981). La disponibilidad de más datos y la ampliación del número de países que han experimentado reducciones de la fecundidad no han cambiado esas conclusiones. En un estudio reciente de Bongaarts y Watkins (1996) se examinaban las relaciones entre el índice de desarrollo humano, el comienzo del descenso de la fecundidad y el subsiguiente ritmo del descenso en países en desarrollo contemporáneos. Una vez más, el vínculo entre el índice de desarrollo humano y el comienzo del descenso de la fecundidad resultó ser débil, ya que los países iniciaban la transición de la fecundidad a niveles muy distintos del índice de desarrollo humano. No obstante, los que empezaban la transición tras haber alcanzado niveles relativamente altos de desarrollo socioeconómico, solían mantener tasas más rápidas de descenso de la fecundidad.

Según Casterline (2001b, pág. 2), “en vista de las conclusiones del proyecto de Princeton, los investigadores empezaron a buscar otras explicaciones para aumentar, o incluso suplantarlo, el marco teórico dominante, en el que las fuerzas causales primarias del descenso de la fecundidad eran el descenso de la mortalidad y los cambios paradigmáticos económicos y sociales que se produjeron en Europa en el siglo XIX y comienzos del XX”. Las explicaciones propuestas se han agrupado de un modo no demasiado riguroso bajo el rótulo de “teorías de difusión”. El Proyecto europeo de Princeton demostró que el poder de explicación de las variables que miden aspectos tales como industrialización, urbanización, centralización estatal, burocratización y otros aspectos de estado socioeconómico en el plano provincial, ha tenido, en el mejor de los casos, efectos moderados en el pronóstico del comienzo de los descensos de la fecundidad en el análisis de regresión convencional. En consecuencia, se han elaborado mejores modelos de cómo la difusión y la resistencia a la difusión pueden actuar en sociedades profundamente divididas por diferencias lingüísticas, étnicas o religiosas. En un examen general de las pruebas, Cleland y Wilson (1987) sugirieron que ninguna versión de la teoría de la demanda, es decir, formulaciones económicas que invocan la necesidad de cambios estructurales en la situación de los individuos como condición previa a las reducciones de la fecundidad, puede, en última instancia, dar cuenta del inicio, el ritmo y la ubicación geográfica de las reducciones de la fecundidad en el mundo en desarrollo. Más bien, estas reducciones parecen estar impulsadas por cambios de ideas derivados de procesos de difusión. Conclusiones similares ya habían sido alcanzadas anteriormente por Caldwell (1982), quien sugirió que el cambio de ideas (por ejemplo, la “occidentalización”) precede a los cambios de formas de producción y de distribución de la población y es parcialmente independiente de ellos. Bongaarts y Watkins (1996), tras examinar las pruebas empíricas acumuladas de la relación entre factores socioeconómicos y el comienzo y el ritmo del descenso de la fecundidad, también llegaron a la conclusión de que el descenso observado ha estado impulsado en gran parte por la transmisión de información e ideas sobre el control de la fecundidad. Su conceptualización de lo que se está transmitiendo incluye tanto procesos de difusión entre individuos y familias (a través de redes locales y compañeros) y en el ámbito comunitario o nacional (redes mundiales y nacionales).

En sus exámenes de los procesos de difusión y la transición de la fecundidad, Casterline (2001b) y Cleland (2001b) sugieren que una explicación general de esa transición probablemente tiene que hacer uso de una “teoría combinada” en la que, como dice Cleland (2001b, pág. 45), “el motor del cambio demográfico es la transformación estructural de las sociedades, y la difusión es el lubricante”. Un posible planteamiento combinado es el que sugieren Lesthaeghe y Vanderhoeft (2001), basado en tres condiciones previas propuestas por Coale (1973) para la adaptación a un nuevo modo de comportamiento. Según Coale, las reducciones de la fecundidad se producirán cuando las parejas estén prestas, dispuestas y sean capaces de controlar el tamaño de la familia. Lesthaeghe y Vanderhoeft interpretan la presteza en el sentido de que las nuevas formas de comportamiento tienen que ser ventajosas para el actor en cuestión, es decir, su utilidad tiene que ser evidente y superar a su desutilidad. En este sentido, presteza entraña o es equivalente al cálculo de la relación costo–beneficio microeconómico que los actores usan al tomar decisiones. La idea de disposición se refiere a consideraciones de legitimidad y aceptabilidad normativa

(es decir, la conformidad con normas éticas, religiosas u otras normas sociales) de la nueva norma de conducta. Para evaluar el grado de disposición, es esencial entender hasta qué punto una nueva forma de comportamiento va en contra de las creencias o códigos de conducta tradicionales establecidos y si el actor puede superar los temores y las objeciones morales existentes. Por último, la capacidad entraña el acceso a nuevas técnicas que hacen posible las nuevas formas de comportamiento. En el caso del control de la fecundidad, la idea de capacidad depende de la accesibilidad a métodos anticonceptivos apropiados teniendo en cuenta los costos materiales y psicológicos que llevan consigo.

Evidentemente, esta formulación de la propuesta de Coale responde a las inquietudes que suscitan los métodos económicos y de difusión. Con respecto a las reducciones de la fecundidad, la difusión puede desempeñar un papel en el aumento tanto de la disposición como de la capacidad. La disposición está afectada por la difusión de ideas que transforma el ambiente normativo y da legitimidad al control de la fecundidad. Esta difusión se puede fomentar oficialmente a través de programas establecidos e intervenciones focalizadas. La capacidad también se puede mejorar por medio de programas que hacen ampliamente asequibles los métodos anticonceptivos modernos y adoptan medidas para reducir no sólo los costos materiales asociados con su uso, sino también los costos psicológicos que entrañan. La aplicación de los modelos elaborados por Lesthaeghe y Vanderhoeft muestra claramente cómo se pueden posponer o desacelerar las reducciones de la fecundidad si cualquiera de las tres condiciones necesarias presenta un obstáculo a la adopción de los comportamientos destinados a limitar el tamaño de la familia.

En comparación con el estado de la teoría de transición de la fecundidad alta a la baja, el estado de la que se refiere al logro y mantenimiento de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo es menos adelantado. No obstante, es conveniente repasar la historia del estado de aquélla, porque ésta se encuentra probablemente en la etapa en que estaba la teoría de la transición de la fecundidad a comienzos del decenio de 1970. Hasta ahora, los estudios publicados sobre las causas y la persistencia de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo se han concentrado principalmente en la importancia de factores socioeconómicos que actúan en el plano comunitario o nacional. Como indican Lesthaeghe y Willems (1999), existen dos criterios teóricos para entender la persistencia de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. El primero se basa en la teoría económica, y tiene dos versiones principales: *a*) la teoría de la creciente autonomía de la mujer, propuesta por Becker (1981) y otros economistas neoclásicos, y *b*) la teoría de la marginación económica relativa, postulada por Easterlin (1976) y colegas. En ambas, el aumento de la escolarización y el empleo de la mujer son determinantes esenciales de la fecundidad baja. Según Becker, la creciente educación de la mujer da lugar a un aumento de los costos de oportunidad de la procreación para la mujer y, por tanto, conduce a una postergación del matrimonio, la maternidad y a una fecundidad más baja. Según Easterlin y colegas, las altas y crecientes aspiraciones de consumo pueden satisfacerse mejor en familias de dos asalariados, lo que conduce a un aumento de la participación de la mujer en la fuerza laboral, la postergación de la maternidad y una fecundidad más baja. Oppenheimer (1988) ha sugerido además, que la creciente educación de la mujer ha hecho que aumenten sus aspiraciones respecto a las calificaciones de un futuro cónyuge y, por tanto, prolonga la búsqueda en el mercado de matrimonio lo que retrasa o incluso impide el matrimonio, si no se encuentra la pareja adecuada.

El segundo criterio tiene que ver con cambios de orientación en el valor del establecimiento de la familia. En relación con una serie de países europeos, Lesthaeghe y Willems (1999, pág. 224) informan que “se han encontrado asociaciones estadísticas constantes entre dimensiones de valores tales como secularización, moral cívica débil, acentuación de la autonomía individual, ‘posmaterialismo’, papeles de género simétricos, emancipación de la mujer y tolerancia de nuevos grupos sexuales, por un lado, y preferencia de la cohabitación al matrimonio, postergación de la maternidad y fecundidad más baja, por otro”. Estas asociaciones persisten aun después de tener en cuenta otras variables

socioeconómicas por tipo de empleo, incluida la participación de la mujer en la fuerza laboral, y la educación.

Otros autores que han tratado de explicar las causas de períodos prolongados de fecundidad muy baja han esgrimido argumentos de índole similar. Chesnais (2000), al definir los cambios recientes que han conducido a la posmodernidad y a la caída de la natalidad, habla de la “atomización social y el feminismo conexo”, que indican que los altos niveles de educación y la posibilidad de tener su propia identidad independiente permiten a la mujer renunciar al matrimonio y concentrarse en sus logros personales en lugar de hacerlo en metas respecto a la procreación. Señala que en muchos países europeos la proporción de mujeres solteras de 25 a 29 años ha alcanzado niveles sin precedentes y que la proporción de familias unipersonales, donde predomina la mujer, también ha ido en aumento como resultado del celibato y el divorcio. Chesnais también sostiene que las prestaciones colectivas de jubilación han ejercido una presión a la baja sobre la procreación, ya que no es necesario tener varios hijos para asegurar la viabilidad económica en la vejez. De hecho, es más ventajoso desde el punto de vista económico aprovechar al máximo las perspectivas profesionales, ya que el número de hijos criados no se toma en consideración en el cómputo de las pensiones. Dorbritz y Hohn (2000) añaden que los cambios que han sufrido las instituciones básicas del matrimonio y la familia han tenido una influencia fundamental en la reducción de la procreación. En los países desarrollados, la gente ya no se casa y permanece casada hasta la muerte. Las elevadas tasas de divorcio son comunes. Además, los cónyuges a menudo viven separados por períodos prolongados, por motivos profesionales o de otra índole. El aumento de la edad al contraer matrimonio, la proliferación de la infecundidad y el celibato y las altas tasas de divorcio parecen ser las características de la sociedad “posmoderna”.

Ahora bien, el análisis de las tendencias de los países con fecundidad baja revela más variabilidad de lo que esta discusión permitiría suponer (Naciones Unidas, 2000a; Lesthaeghe y Willems, 1999). La edad al contraer matrimonio o la edad al tener el primer hijo ha aumentado de manera radical en algunos países, pero no en otros; la cohabitación antes del matrimonio es común en algunos países y no en otros; las altas tasas de ilegitimidad (hijos concebidos fuera del matrimonio) son comunes en algunos países y no en otros; la normativa varía considerablemente entre los países con fecundidad baja; en algunos países existen pruebas evidentes de que la fecundidad actual muy baja es el resultado de la postergación, pero en otros, los indicadores normales de postergación tienen poca importancia en la explicación de los niveles por debajo del de reemplazo. Esta situación “asombrosa”, para citar a Cleland, respecto a la serie de circunstancias en las que se han producido los descensos de la fecundidad, constituye una base tenue para averiguar qué factores pueden indicar hoy si un país cuya fecundidad actual está todavía en un nivel intermedio alcanzará niveles por debajo del de reemplazo dentro de 20 ó 30 años.

El hecho de que poblaciones con niveles muy dispares de desarrollo económico y distintas tendencias demográficas de formación de la familia hayan alcanzado y mantenido niveles de fecundidad por debajo del de reemplazo indica que se está produciendo algún proceso de difusión. Lo que no se sabe con certeza es qué es lo que se difunde: ¿valores, actitudes, individualismo, feminismo, consumismo, secularización? Pero sea lo que fuere, puede ser tan potente como la difusión de ideas que ya ha tenido lugar y que parece estar en la base de muchas de las transiciones de la fecundidad alta a la fecundidad baja que hemos presenciado hasta ahora. Este argumento, según el cual la difusión de ideas y valores puede ser una fuerza poderosa que conduce a tamaños de familia muy reducidos, justificaría la revisión de las directrices respecto a la fecundidad proyectada de los países con fecundidad intermedia.

Otra importante conclusión de esta discusión es que la búsqueda de indicadores principales de las reducciones, que probablemente darían por resultado niveles por debajo del de reemplazo como condición previa para la formulación de directrices de proyecciones revisadas, no sería empresa provechosa. No sólo es poco probable que unos pocos factores fácilmente mensurables actúen como indicadores principales, sino que, además,

podría ser necesario proyectar sus valores en el futuro para tratar de averiguar si justificaban una futura reducción de la fecundidad a niveles por debajo del de reemplazo. Este ejercicio probablemente dará por resultado proyecciones de fecundidad menos dignas de crédito que las derivadas de los métodos actuales, sobre todo porque la mayoría de los indicadores económicos, sociales o de difusión van a resultar ser probablemente mucho más volátiles que las tendencias de población. En este aspecto, es importante recordar los resultados del informe del Grupo de expertos sobre proyecciones de población del National Research Council (Bongaarts y Bulatao, 2000). Al evaluar la idoneidad de los indicadores principales para proyectar la fecundidad total de un quinquenio al siguiente, el Grupo comprobó que en el caso de los países que se encuentran en mitad de la transición a la fecundidad baja la tasa de cambio de fecundidad en el período inmediatamente anterior al de referencia tenía la mayor fuerza predictiva para la tasa de cambio del período de referencia cuando se comparaba con otros factores socioeconómicos (por ejemplo, mortalidad infantil, matrícula femenina en la enseñanza secundaria y porcentaje urbano). No obstante, el poder predictivo de la tasa de cambio de fecundidad descendía para períodos más remotos y era virtualmente nulo para tendencias a más de 10 años de distancia. Para los países muy adelantados en la transición, el análisis no halló ninguna variable predictiva útil de tendencias de la fecundidad futura, incluso a una distancia máxima de 5 años.

Por último, es digno de mención que un evidente corolario de las teorías del descenso de la fecundidad es que la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces es una condición importante que facilita el mantenimiento de niveles de fecundidad muy bajos. Es una conclusión empírica que en la mayor parte de las sociedades con niveles de fecundidad por debajo del necesario para el reemplazo está muy generalizado el uso de anticonceptivos, que normalmente es de más del 65% o el 70% y, en algunos casos, hasta del 85% en las mujeres en edad de procrear. Para que los países que tienen actualmente fecundidad intermedia puedan llegar a niveles por debajo del de reemplazo, el uso de anticonceptivos tendrá que aumentar considerablemente. El logro y mantenimiento de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (o incluso alrededor del nivel de reemplazo) exigirá, generalmente, facilitar a la mayor parte de las mujeres acceso fácil y continuo a métodos anticonceptivos modernos.

Los parámetros del problema

La cuestión de si los países con fecundidad intermedia alcanzarán y mantendrán niveles de fecundidad por debajo del de reemplazo antes de 2050 tiene que considerarse con respecto a determinados países, a saber, los que ya están muy avanzados en la transición a la fecundidad baja, pero cuya fecundidad total sigue estando por encima de 2,1 hijos por mujer, con este valor como marcador del nivel por debajo del de reemplazo. Antes de comenzar la transición a la fecundidad baja, la mayor parte de los 143 países del mundo en desarrollo tenían niveles globales de fecundidad de 5 hijos por mujer o más. Hoy, sólo 49 países todavía mantienen estos niveles. Entre los restantes, 73 tenían una fecundidad global de 2,1 a ligeramente menos de 5 hijos por mujer de 1995 a 2000, y 21 de ellos ya habían alcanzado el nivel por debajo del de reemplazo. Además, un país europeo, Albania, también tenía una fecundidad global del orden de 2,1 a 5 hijos por mujer. Dado que los descensos de la fecundidad en los países en desarrollo han sido, en promedio, de un hijo por decenio de 1950 a 2000, es posible que la mayor parte de los países con fecundidad global de menos de 5 hijos por mujer en el período de 1995 a 2000 puedan alcanzar niveles de fecundidad global de 2 hijos por mujer o menos en el período de la proyección (2000 a 2050), incluso si, como se ha observado, el ritmo del descenso de la fecundidad se va haciendo más lento a medida que se van alcanzando niveles más bajos. En consecuencia, la serie de países considerados candidatos para alcanzar la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo durante el período de proyección incluye todos aquellos cuya fecundidad global de 1995 a 2000 se calculaba entre 2,1 y algo menos de 5 hijos por mujer (cuadro 2). Los 74 países del grupo representaban el 43% de la población mundial en 2000 e incluían países tan populosos

Cuadro 2
Lista de países con fecundidad intermedia por tasa de fecundidad global en 1995-2000
e indicadores de la rapidez del descenso de fecundidad

Zona o país principal	Fecundidad global					Período en el que se alcanzó el máximo
	1950-1955	1975-1980	1995-2000	Máximo	Mínimo	
Todo el mundo	5,01	3,90	2,82	5,01	2,82	1950-1955
África	6,71	6,56	5,27	6,84	5,27	1960-1965
1. Reunión	5,65	3,28	2,30	5,85	2,30	1955-1960
2. Túnez	6,93	5,69	2,31	7,25	2,31	1960-1965
3. Sudáfrica	6,50	5,00	3,10	6,50	3,10	1950-1955
4. Argelia	7,28	7,18	3,25	7,38	3,25	1960-1965
5. Egipto	6,56	5,27	3,40	7,07	3,40	1960-1965
6. Marruecos	7,18	5,90	3,40	7,18	3,40	1950-1955
7. Cabo Verde	6,60	6,70	3,56	7,00	3,56	1960-1965
8. Jamahiriya Árabe Libia	6,87	7,38	3,80	7,59	3,80	1970-1975
9. Botswana	6,50	6,37	4,35	6,90	4,35	1960-1965
10. Sáhara Occidental	6,53	6,05	4,40	6,53	4,40	1950-1955
11. Ghana	6,90	6,90	4,60	6,90	4,60	1950-1955
12. Kenya	7,51	7,90	4,60	8,12	4,60	1960-1965
13. Lesotho	5,84	5,74	4,75	5,86	4,75	1955-1960
14. Swazilandia	6,50	6,49	4,80	6,50	4,80	1950-1955
15. Sudán	6,50	6,30	4,90	6,67	4,90	1955-1960
Asia	5,88	4,17	2,70	5,88	2,70	1950-1955
1. Líbano	5,74	4,31	2,29	6,36	2,29	1960-1965
2. Viet Nam	5,75	5,89	2,50	7,25	2,50	1960-1965
3. Indonesia	5,49	4,73	2,60	5,67	2,60	1955-1960
4. Bahrein	6,97	5,23	2,63	7,18	2,63	1960-1965
5. Mongolia	6,00	6,65	2,70	7,33	2,70	1970-1975
6. Turquía	6,90	4,65	2,70	6,90	2,70	1950-1955
7. Brunei Darussalam	7,00	4,40	2,80	7,00	2,80	1950-1955
8. Uzbekistán	5,97	5,58	2,85	6,80	2,85	1960-1965
9. Kuwait	7,21	5,89	2,89	7,41	2,89	1965-1970
10. Kirguistán	4,51	4,05	2,89	5,39	2,89	1960-1965
11. Israel	4,16	3,41	2,93	4,16	2,93	1950-1955
12. Emiratos Árabes Unidos	6,97	5,66	3,17	6,97	3,17	1950-1955
13. Irán (República Islámica del)	7,00	6,00	3,20	7,00	3,20	1950-1955
14. Malasia	6,83	4,16	3,26	6,94	3,26	1955-1960
15. Myanmar	6,00	5,30	3,30	6,00	3,30	1950-1955
16. India	5,97	4,83	3,32	5,97	3,32	1950-1955
17. Turkmenistán	6,00	5,32	3,60	6,75	3,60	1960-1965
18. Filipinas	7,29	5,50	3,64	7,29	3,64	1950-1955
19. Qatar	6,97	6,11	3,70	6,97	3,70	1950-1955
20. Tayikistán	6,00	5,90	3,72	6,83	3,72	1970-1975
21. Bangladesh	6,70	5,70	3,80	7,10	3,80	1960-1965
22. República Árabe Siria	7,09	7,44	4,00	7,79	4,00	1965-1970
23. Timor Oriental	6,44	4,31	4,35	6,44	4,31	1950-1955
24. Jordania	7,38	7,38	4,69	8,00	4,69	1960-1965
25. Nepal	5,75	5,65	4,83	6,06	4,83	1960-1965
Europa	2,66	1,97	1,41	2,66	1,41	1950-1955
1. Albania	5,60	4,20	2,60	5,98	2,60	1955-1960

Fecundidad global						
Período en el que se alcanzó el mínimo	Descenso por decenio del máximo al mínimo	Descenso de 1975-1980 a 1995-2000	Indicación de desaceleración del ritmo de descenso	Población (en millones)		Zona o país principal
				2000	2050	
1995-2000	0,5	0,5		6 056,7	9 322,3	Todo el mundo
1995-2000	0,4	0,6		793,6	2 000,4	África
1995-2000	0,9	0,5	Desaceleración	0,7	1,0	1. Reunión
1995-2000	1,4	1,7	—	9,5	14,1	2. Túnez
1995-2000	0,8	1,0	—	43,3	47,3	3. Sudáfrica
1995-2000	1,2	2,0	—	30,3	51,2	4. Argelia
1995-2000	1,0	0,9	Desaceleración	67,9	113,8	5. Egipto
1995-2000	0,8	1,3	—	29,9	50,4	6. Marruecos
1995-2000	1,0	1,6	—	0,4	0,8	7. Cabo Verde
1995-2000	1,5	1,8	—	5,3	10,0	8. Jamahiriya Árabe Libia
1995-2000	0,7	1,0	—	1,5	2,1	9. Botswana
1995-2000	0,5	0,8	—	0,3	0,6	10. Sáhara Occidental
1995-2000	0,5	1,2	—	19,3	40,1	11. Ghana
1995-2000	1,0	1,7	—	30,7	55,4	12. Kenya
1995-2000	0,3	0,5	—	2,0	2,5	13. Lesotho
1995-2000	0,4	0,8	—	0,9	1,4	14. Swazilandia
1995-2000	0,4	0,7	—	31,1	63,5	15. Sudán
1995-2000	0,7	0,7		3 672,3	5 428,2	Asia
1995-2000	1,2	1,0	Desaceleración	3,5	5,0	1. Líbano
1995-2000	1,4	1,7	—	78,1	123,8	2. Viet Nam
1995-2000	0,8	1,1	—	212,1	311,3	3. Indonesia
1995-2000	1,3	1,3	—	0,6	1,0	4. Bahrein
1995-2000	1,9	2,0	—	2,5	4,1	5. Mongolia
1995-2000	0,9	1,0	—	66,7	98,8	6. Turquía
1995-2000	0,9	0,8	Desaceleración	0,3	0,6	7. Brunei Darussalam
1995-2000	1,1	1,4	—	24,9	40,5	8. Uzbekistán
1995-2000	1,5	1,5	Desaceleración	1,9	4,0	9. Kuwait
1995-2000	0,7	0,6	Desaceleración	4,9	7,5	10. Kirguistán
1990-1995	0,3	0,2	Desaceleración	6,0	10,1	11. Israel
1995-2000	0,8	1,2	—	2,6	3,7	12. Emiratos Árabes Unidos
1995-2000	0,8	1,4	—	70,3	121,4	13. Irán (República Islámica del)
1995-2000	0,9	0,5	Desaceleración	22,2	37,8	14. Malasia
1995-2000	0,6	1,0	—	47,7	68,5	15. Myanmar
1995-2000	0,6	0,8	—	1 008,9	1 572,1	16. India
1995-2000	0,9	0,9	Desaceleración	4,7	8,4	17. Turkmenistán
1995-2000	0,8	0,9	—	75,7	128,4	18. Filipinas
1995-2000	0,7	1,2	—	0,6	0,8	19. Qatar
1995-2000	1,2	1,1	Desaceleración	6,1	9,8	20. Tayikistán
1995-2000	0,9	1,0	—	137,4	265,4	21. Bangladesh
1995-2000	1,3	1,7	—	16,2	36,3	22. República Árabe Siria
1975-1980	0,9	0,0	Desaceleración	0,7	1,4	23. Timor Oriental
1995-2000	0,9	1,3	—	4,9	11,7	24. Jordania
1995-2000	0,4	0,4	—	23,0	52,4	25. Nepal
1995-2000	0,3	0,3		727,3	603,3	Europa
1995-2000	0,8	0,8	Desaceleración	3,1	3,9	1. Albania

Cuadro 2
 Lista de países con fecundidad intermedia por tasa de fecundidad global en 1995-2000
 e indicadores de la rapidez del descenso de fecundidad (continuación)

Zona o país principal	Fecundidad global					Período en el que se alcanzó el máximo
	1950-1955	1975-1980	1995-2000	Máximo	Mínimo	
América Latina y el Caribe	5,89	4,49	2,69	5,97	2,69	1960-1965
1. Suriname	6,56	4,20	2,21	6,56	2,21	1950-1955
2. Brasil	6,15	4,31	2,27	6,15	2,27	1950-1955
3. Uruguay	2,73	2,89	2,40	3,00	2,40	1970-1975
4. Bahamas	4,05	3,22	2,40	4,50	2,40	1960-1965
5. Chile	4,95	2,95	2,44	5,33	2,44	1955-1960
6. Guyana	6,68	3,94	2,45	6,77	2,45	1955-1960
7. Jamaica	4,22	4,00	2,50	5,78	2,50	1965-1970
8. Argentina	3,15	3,44	2,62	3,44	2,62	1975-1980
9. Panamá	5,68	4,05	2,63	5,92	2,63	1960-1965
10. Santa Lucía	6,00	5,20	2,70	6,94	2,70	1955-1960
11. México	6,87	5,30	2,75	6,96	2,75	1955-1960
12. Colombia	6,76	4,34	2,80	6,76	2,80	1950-1955
13. Costa Rica	6,72	3,89	2,83	7,11	2,83	1955-1960
14. República Dominicana	7,40	4,70	2,88	7,40	2,88	1950-1955
15. Perú	6,85	5,38	2,98	6,85	2,98	1950-1955
16. Venezuela	6,46	4,47	2,98	6,66	2,98	1960-1965
17. Ecuador	6,70	5,40	3,10	6,70	3,10	1950-1955
18. El Salvador	6,46	5,60	3,17	6,85	3,17	1960-1965
19. Belice	6,65	6,20	3,41	6,65	3,41	1950-1955
20. Guyana Francesa	5,00	3,30	4,05	5,02	3,30	1960-1965
21. Paraguay	6,50	5,15	4,17	6,55	4,17	1960-1965
22. Honduras	7,50	6,60	4,30	7,50	4,30	1950-1955
23. Nicaragua	7,33	6,40	4,32	7,33	4,32	1950-1955
24. Bolivia	6,75	5,80	4,36	6,75	4,36	1950-1955
25. Haití	6,30	5,96	4,38	6,30	4,38	1950-1955
26. Guatemala	7,09	6,40	4,93	7,09	4,93	1950-1955
Oceanía	3,87	2,78	2,41	4,10	2,41	1955-1960
1. Polinesia Francesa	6,00	4,23	2,60	6,50	2,60	1960-1965
2. Nueva Caledonia	5,00	3,90	2,60	5,30	2,60	1960-1965
3. Fiji	6,63	4,00	3,20	6,79	3,20	1955-1960
4. Guam	5,53	3,52	3,95	6,03	3,08	1960-1965
5. Samoa	7,30	4,89	4,51	7,30	4,51	1950-1955
6. Vanuatu	7,60	5,75	4,59	7,60	4,59	1950-1955
7. Papua Nueva Guinea	6,24	5,87	4,60	6,29	4,60	1960-1965

como la India, Indonesia, el Brasil, Bangladesh, México, Filipinas, Viet Nam y Egipto, por orden decreciente de población.

El cuadro 2 muestra determinados indicadores de tendencias anteriores de fecundidad en el conjunto de 74 países o zonas a los que en lo sucesivo se hará alusión como los "países con fecundidad intermedia". Sobre la base de los niveles de fecundidad total estimados para cada quinquenio entre 1950-1955 y 1995-2000, el cuadro 2 indica los niveles de fecundidad global máxima y mínima alcanzados durante el período de 1950 a 2000 así como una estimación del descenso promedio por decenio, deducido de los valores máximo y mínimo de fecundidad global, y una estimación del descenso (o incremento)

Fecundidad global						
Período en el que se alcanzó el mínimo	Descenso por decenio del máximo al mínimo	Descenso de 1975-1980 a 1995-2000	Indicación de desaceleración del ritmo de descenso	Población (en millones)		Zona o país principal
				2000	2050	
1995-2000	0,9	0,9		518,8	805,6	América Latina y el Caribe
1995-2000	1,0	1,0	—	0,4	0,4	1. Suriname
1995-2000	0,9	1,0	—	170,4	247,2	2. Brasil
1995-2000	0,2	0,2	Sin cambio	3,3	4,2	3. Uruguay
1995-2000	0,6	0,4	Desaceleración	0,3	0,4	4. Bahamas
1995-2000	0,7	0,3	Desaceleración	15,2	22,2	5. Chile
1995-2000	1,1	0,7	Desaceleración	0,8	0,5	6. Guyana
1995-2000	1,1	0,8	Desaceleración	2,6	3,8	7. Jamaica
1995-2000	0,4	0,4	Sin cambio	37,0	54,5	8. Argentina
1995-2000	0,9	0,7	Desaceleración	2,9	4,3	9. Panamá
1995-2000	1,1	1,3	—	0,1	0,2	10. Santa Lucía
1995-2000	1,1	1,3	—	98,9	146,7	11. México
1995-2000	0,9	0,8	Desaceleración	42,1	70,9	12. Colombia
1995-2000	1,1	0,5	Desaceleración	4,0	7,2	13. Costa Rica
1995-2000	1,0	0,9	Desaceleración	8,4	12,0	14. República Dominicana
1995-2000	0,9	1,2	—	25,7	42,1	15. Perú
1995-2000	1,0	0,7	Desaceleración	24,2	42,2	16. Venezuela
1995-2000	0,8	1,2	—	12,6	21,2	17. Ecuador
1995-2000	1,1	1,2	—	6,3	10,9	18. El Salvador
1995-2000	0,7	1,4	—	0,2	0,4	19. Belice
1975-1980	1,1	-0,4	Aumento	0,2	0,5	20. Guyana Francesa
1995-2000	0,7	0,5	Desaceleración	5,5	12,6	21. Paraguay
1995-2000	0,7	1,1	—	6,4	12,8	22. Honduras
1995-2000	0,7	1,0	—	5,1	11,5	23. Nicaragua
1995-2000	0,5	0,7	—	8,3	17,0	24. Bolivia
1995-2000	0,4	0,8	—	8,1	14,0	25. Haití
1995-2000	0,5	0,7	—	11,4	26,6	26. Guatemala
1995-2000	0,4	0,2		30,5	47,2	Oceanía
1995-2000	1,1	0,8	Desaceleración	0,2	0,4	1. Polinesia Francesa
1995-2000	0,8	0,7	Desaceleración	0,2	0,4	2. Nueva Caledonia
1995-2000	0,9	0,4	Desaceleración	0,8	0,9	3. Fiji
1980-1985	1,5	-0,2	Aumento	0,2	0,3	4. Guam
1995-2000	0,6	0,2	Desaceleración	0,2	0,2	5. Samoa
1995-2000	0,7	0,6	Desaceleración	0,2	0,5	6. Vanuatu
1995-2000	0,5	0,6	—	4,8	11,0	7. Papua Nueva Guinea

promedio por decenio entre 1975-1980 y 1995-2000. A la luz de dichos indicadores, es obvio que en la gran mayoría de los países con fecundidad intermedia los niveles más altos de fecundidad se alcanzaron a principios del período de 1950 a 2000 y que los más bajos corresponden a los estimados para el de 1995 a 2000. Es decir, que las reducciones de la fecundidad empezaron hace alrededor de 40 ó 45 años en este grupo de países y, en general, han continuado hasta el quinquenio de 1995 a 2000. Ahora bien, algunas excepciones a esta tendencia general son evidentes. Por ejemplo, Guyana Francesa y Guam registraron aumentos de fecundidad total entre los quinquenios de 1975 a 1980 y de 1995 a 2000.

Además, la rapidez a la que se produce el descenso de fecundidad en cada país ha variado con el tiempo. Los países donde la fecundidad registró descensos considerables inicialmente es más probable que hayan alcanzado niveles bajos de fecundidad global y, habida cuenta del tiempo transcurrido desde que comenzó el descenso, podrían haber alcanzado ya niveles por debajo del de reemplazo si fueran propensos a ello. Para detectar los países donde el ritmo de descenso de la fecundidad puede haber aminorado suficientemente para que se pueda dudar de si podrán continuar el descenso a niveles por debajo del de reemplazo en el futuro próximo, se hace una comparación de los descensos promedio por decenio para todo el período de descenso y el calculado desde 1975. Cuando el descenso promedio en el período de 1975 a 2000 es más bajo que el estimado al comienzo de las reducciones de la fecundidad, se ha producido una desaceleración del ritmo de descenso. Las desaceleraciones han sido bastante frecuentes, pero suelen suponer sólo pequeñas diferencias entre las tasas promedio de descenso de los dos períodos considerados. Ahora bien, se han observado diferencias de consideración en Reunión, en África; Timor Oriental y Malasia, en Asia; las Bahamas, Chile, Costa Rica y Guyana y, en menor grado, en Jamaica y Venezuela, en América Latina y el Caribe; y en Fiji y Samoa, en Oceanía. Un examen adicional de las tendencias de la fecundidad indica que en Timor Oriental se registró un aumento de la fecundidad después de 1975; que la fecundidad en Chile y Reunión ha estado por debajo de 3 hijos por mujer desde 1980, pero desde entonces las reducciones han sido muy lentas; y que la fecundidad sigue siendo alta en Samoa, donde ha cambiado poco desde 1980.

Otros países con descensos de fecundidad sorprendentemente lentos de 1950 a 2000 son la Argentina, Israel y el Uruguay, todos los cuales alcanzaron niveles relativamente bajos inicialmente y no han dado señales de alcanzar siquiera el nivel de reemplazo, mucho menos niveles por debajo de él. Es importante identificar a países como éstos, donde el descenso de la fecundidad a largo plazo no ha conducido automáticamente a niveles por debajo del de reemplazo, porque al revisar las directrices para la proyección de futuros descensos de la fecundidad, será necesario justificar que su fecundidad alcanzará últimamente niveles por debajo del de reemplazo o tratarlos como casos excepcionales, si no se proyectan descensos de su fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

En el cuadro 3 se presenta otro punto de vista del estado actual de los países con fecundidad intermedia. Se muestran, para fines de comparación, los últimos datos sobre uso de anticonceptivos en términos de proporción de mujeres en edad de procrear que usan algún método anticonceptivo y la proporción de estas mujeres que usan métodos modernos, junto con una medida del cambio promedio por decenio en la proporción de mujeres que usan algún tipo de método. En el cuadro se muestran asimismo las estimaciones de fecundidad global para el quinquenio de 1995 a 2000 derivadas de la *Revisión de 2000*, la tasa estimada de cambio por decenio de la fecundidad global entre los quinquenios de 1975 a 1980 y de 1995 a 2000, una estimación del nivel de fecundidad de reemplazo real para cada país de 2045 a 2050, el valor más bajo de fecundidad global proyectado con arreglo a la variante media de la *Revisión de 2000* (también llamado nivel previsto), y el primer año del quinquenio en que se alcanzará el nivel previsto según la variante media de la *Revisión de 2000*. Estos datos ponen de relieve el hecho de que en la *Revisión de 2000* se proyectó que la gran mayoría de los países con fecundidad intermedia alcanzarían una fecundidad global de 2,1 hijos por mujer mucho antes del quinquenio de 2045 a 2050 y, por consiguiente, su fecundidad proyectada permaneció constante en 2,1 hijos por mujer para períodos prolongados (30 años o más). Si la historia de los últimos tiempos puede servirnos de orientación para el futuro, ninguna población ha logrado todavía una correspondencia tan perfecta de niveles de fecundidad real y nivel de reemplazo. Durante largos períodos de tiempo, en particular, se pueden esperar fluctuaciones de las tendencias y no se puede descartar la posibilidad de sobrepasar el nivel de reemplazo o de no alcanzarlo. La expectativa hasta ahora ha sido que, en promedio, la fecundidad de la población real acabará fluctuando en torno al nivel de reemplazo y por tanto la constancia de dicho nivel a largo plazo es apropiada. El cambio de hipótesis que se considera

ahora supone que la mayor parte de los países con fecundidad intermedia alcanzará un nivel por debajo del de reemplazo antes de 2050. Una vez adoptado un nivel previsto por debajo del de reemplazo, se elaborarán proyecciones con arreglo a la misma estrategia que antes, es decir, establecer el período previsto cuando el nivel previsto se haya alcanzado y mantener dicho nivel constante hasta el fin del período de la proyección. Habida cuenta del tamaño y la importancia de muchos de los países con fecundidad intermedia, esta estrategia reducirá considerablemente la fecundidad total mundial en general y probablemente reducirá a niveles por debajo del de reemplazo la fecundidad total mundial a partir de 2040 o antes. La importancia crítica de este resultado no se puede exagerar.

Una comparación de las estimaciones recientes de la fecundidad con los datos disponibles de niveles declarados de uso de anticonceptivos revela la existencia de marcadas discrepancias entre ambos en una serie de países. Por ejemplo, en el Sudán, el uso de anticonceptivos está muy poco extendido y, aunque la fecundidad global de dicho país se estima en cerca de 5 hijos por mujer, su nivel puede haber sido subestimado. En el caso de Lesotho, la falta de datos recientes sobre el uso de anticonceptivos no permite llevar a cabo una verificación similar. También pueden existir discrepancias entre la proporción de uso de anticonceptivos y los niveles estimados de fecundidad global en Guyana, la Jamahiriya Árabe Libia, Myanmar y los Emiratos Árabes Unidos. Al elaborar nuevas estimaciones se tendrán que analizar más detenidamente los motivos de esas discrepancias.

No obstante, en el supuesto de que todos los datos sean correctos, sólo se podrían lograr reducciones importantes de fecundidad sin aumentos marcados del uso de anticonceptivos de producirse cambios importantes en otros determinantes próximos de fecundidad (por ejemplo, la edad al contraer matrimonio o al comienzo de la exposición al riesgo de concebir; los cambios en la fecundidad asociados con la abstinencia durante el puerperio, la amenorrea y la lactancia materna, y la pérdida del feto natural o provocada) y no es probable que se mantengan por largo tiempo. Los análisis de la relación entre proporción de uso de anticonceptivos y niveles de fecundidad indican que no se suelen alcanzar niveles por debajo del de reemplazo cuando el uso de anticonceptivos es de menos del 50% (salvo en los casos de elevada proporción de abortos) y, de hecho, la proporción de uso de anticonceptivos por encima del 70% es más común en las poblaciones con fecundidad muy baja (Naciones Unidas, 2000b). En consecuencia, suponer que la fecundidad caerá por debajo del nivel de reemplazo en todos los países con fecundidad intermedia se puede considerar equivalente a suponer que en sus poblaciones llegará a ser muy generalizado el uso de métodos anticonceptivos eficaces. Tal vez sea necesario tomar en cuenta la probabilidad de este cambio al decidir si algunos países con fecundidad intermedia tendrán más probabilidades que otros de alcanzar una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Por último, con respecto a los niveles de fecundidad futura, la División de Población ha estado usando durante mucho tiempo una tasa de fecundidad total de 2,1 hijos por mujer como equivalente del nivel de reemplazo. De hecho el nivel real de fecundidad que daría lugar a un perfecto reemplazo de población a largo plazo varía con arreglo a la tasa de mortalidad a la que está expuesta la población. Dado que las proyecciones elaboradas por la División de Población han incorporado generalmente tasas cambiantes de mortalidad durante el período de proyección, la fecundidad de nivel de reemplazo cambia durante ese período. Ahora bien, debido a que en la era anterior al SIDA se partía del supuesto de que las tasas de mortalidad de todos los países descendían sistemáticamente en el futuro, para el final del período de la proyección solían ser suficientemente bajas para asegurar una tasa real de fecundidad de alrededor de 2,1 hijos por mujer. A partir de 1990, cuando el efecto del VIH/SIDA se empezó a incorporar explícitamente en las proyecciones de determinados países, los descensos de mortalidad han dejado de ser la norma, sobre todo debido al continuo aumento del número de países seriamente afectados por la epidemia. En la *Revisión de 2000*, al proyectar las poblaciones de 45 países se ha tomado en consideración el efecto del VIH/SIDA y en todas ellas se han proyectado algunos incrementos de mortalidad, al menos, a corto y mediano plazo. Algunos de estos países pertenecen al grupo de los países con fecundidad intermedia, y conviene señalar, por tanto, que en su caso, una

Cuadro 3
Medidas de uso de anticonceptivos e indicadores de tendencias de fecundidad pasadas y futuras
en los países con fecundidad intermedia, según la Revisión de 2000

País o zona	Población en 2000 (millones)	Fecha de referencia	Proporción de uso de anticonceptivos (millones)		
			Porcentaje de mujeres que usan un método (se incluyen todos los métodos)	Porcentaje de mujeres que usan métodos modernos	Cambio promedio por decenio del porcentaje de mujeres que usan todos los métodos
Fecundidad global por debajo de 2,5					
Brasil	170,4	1996	76,7	70,3	10,9
Viet Nam	78,1	1997	75,3	55,8	24,6
Reunión	0,7	1990	66,6	61,7	—
Jamaica	2,6	1997	65,9	62,6	12,5
Bahamas	0,3	1988	61,7	60,1	—
Líbano	3,5	1996	61,0	37,0	3,2
Túnez	9,5	1994	60,0	51,0	17,9
Guyana	0,8	1975	31,4	28,3	—
Suriname	0,4	—	—	—	—
Uruguay	3,3	—	—	—	—
Chile	15,2	—	—	—	—
Fecundidad global entre 2,5 y 3					
Colombia	42,1	2000	76,9	64,0	18,2
Costa Rica	4,0	1992	75,0	64,6	6,6
México	98,9	1995	66,5	57,5	19,1
Perú	25,7	1996	64,2	41,3	14,1
Turquía	66,7	1998	63,9	37,7	12,0
República Dominicana	8,4	1996	63,7	59,2	15,2
Bahrein	0,6	1995	61,8	30,6	14,0
Mongolia	2,5	1998	59,9	45,7	—
Kirguistán	4,9	1997	59,5	48,9	—
Panamá	2,9	1984	58,2	54,2	5,1
Indonesia	212,1	1997	57,4	54,7	20,3
Kuwait	1,9	1996	50,2	40,9	17,3
Venezuela	24,2	1977	49,3	37,7	—
Santa Lucía	0,1	1988	47,3	46,1	6,6
Albania	3,1	—	—	—	—
Polinesia Francesa	0,2	—	—	—	—
Nueva Caledonia	0,2	—	—	—	—
Argentina	37,0	—	—	—	—
Brunei Darussalam	0,3	—	—	—	—
Uzbekistán	24,9	—	—	—	—
Israel	6,0	—	—	—	—
Fecundidad global entre 3 y 3,5					
Irán (República Islámica del)	70,3	1997	72,9	56,0	17,6
Ecuador	12,6	1999	65,8	50,1	16,1
El Salvador	6,3	1998	59,7	54,1	12,7
Sudáfrica	43,3	1998	56,3	55,1	8,4
Egipto	67,9	2000	56,1	53,9	12,0
Malasia	22,2	1994	54,5	29,8	16,4
Marruecos	29,9	1995	50,3	42,4	20,4
India	1 008,9	1998	48,2	42,8	12,7
Argelia	30,3	1992	46,7	42,9	18,7
Belice	0,2	1991	46,7	41,8	—

Revisión de 2000 (variante media)					
Fecundidad global en 1995-2000	Cambio promedio por decenio de fecundidad global de 1975-1980 a 1995-2000	Nivel de reemplazo real en 2045-2050	Nivel previsto	Fecha prevista	País o zona
Fecundidad global por debajo de 2,5					
2,27	1,02	2,08	2,10	2005	Brasil
2,50	1,69	2,09	2,10	2005	Viet Nam
2,30	0,49	2,03	1,90	2010	Reunión
2,50	0,75	2,08	2,10	2010	Jamaica
2,40	0,41	2,09	2,10	2010	Bahamas
2,29	1,01	2,08	1,90	2015	Líbano
2,31	1,69	2,10	2,10	2000	Túnez
2,45	0,75	2,16	2,10	2010	Guyana
2,21	1,00	2,08	1,70	2010	Suriname
2,40	0,25	2,07	2,10	2015	Uruguay
2,44	0,26	2,06	2,10	2020	Chile
Fecundidad global entre 2,5 y 3					
2,80	0,77	2,09	2,10	2030	Colombia
2,83	0,53	2,07	2,10	2030	Costa Rica
2,75	1,28	2,09	2,10	2020	México
2,98	1,20	2,11	2,10	2020	Perú
2,70	0,98	2,08	2,10	2005	Turquía
2,88	0,91	2,13	2,10	2025	República Dominicana
2,63	1,30	2,07	2,10	2005	Bahrein
2,70	1,97	2,10	2,10	2005	Mongolia
2,89	0,58	2,07	2,10	2005	Kirguistán
2,63	0,71	2,08	2,10	2015	Panamá
2,60	1,07	2,08	2,10	2005	Indonesia
2,89	1,50	2,05	2,10	2015	Kuwait
2,98	0,74	2,08	2,10	2020	Venezuela
2,70	1,25	2,10	2,10	2015	Santa Lucía
2,60	0,80	2,10	2,10	2005	Albania
2,60	0,81	2,07	2,10	2015	Polinesia Francesa
2,60	0,65	2,07	2,10	2015	Nueva Caledonia
2,62	0,41	2,06	2,10	2015	Argentina
2,80	0,80	2,07	2,10	2010	Brunei Darussalam
2,85	1,37	2,09	2,10	2005	Uzbekistán
2,93	0,24	2,08	2,10	2015	Israel
Fecundidad global entre 3 y 3,5					
3,20	1,40	2,08	2,10	2010	Irán (República Islámica del)
3,10	1,15	2,10	2,10	2020	Ecuador
3,17	1,22	2,09	2,10	2025	El Salvador
3,10	0,95	2,21	2,10	2015	Sudáfrica
3,40	0,93	2,08	2,10	2010	Egipto
3,26	0,45	2,08	2,10	2015	Malasia
3,40	1,25	2,08	2,10	2015	Marruecos
3,32	0,75	2,13	2,10	2015	India
3,25	1,96	2,09	2,10	2010	Argelia
3,41	1,40	2,07	2,10	2010	Belice

Cuadro 3
Medidas de uso de anticonceptivos e indicadores de tendencias de fecundidad pasadas y futuras
en los países con fecundidad intermedia, según la Revisión de 2000 (continuación)

País o zona	Población en 2000 (millones)	Fecha de referencia	Proporción de uso de anticonceptivos (millones)		
			Porcentaje de mujeres que usan un método (se incluyen todos los métodos)	Porcentaje de mujeres que usan métodos modernos	Cambio promedio por decenio del porcentaje de mujeres que usan todos los métodos
Fecundidad global entre 3 y 3,5 (continuación)					
Fiji	0,8	1974	41,0	35,1	—
Myanmar	47,7	1997	32,7	28,4	31,8
Emiratos Árabes Unidos	2,6	1995	27,5	23,6	—
Fecundidad global entre 3,5 y 4					
Turkmenistán	4,7	2000	61,8	53,1	—
Bangladesh	137,4	1999	53,8	43,4	16,7
Cabo Verde	0,4	1998	52,9	46,0	—
Filipinas	75,7	1998	46,5	28,2	10,6
Qatar	0,6	1998	43,2	32,3	9,9
Jamahiriya Árabe Libia	5,3	1995	39,7	25,6	—
Tayikistán	6,1	—	—	—	—
Guam	0,2	—	—	—	—
Fecundidad global por encima de 4					
Nicaragua	5,1	1998	60,3	57,4	19,6
Paraguay	5,5	1998	57,4	47,7	13,7
Jordania	4,9	1997	52,6	37,7	12,1
Honduras	6,4	1996	50,0	41,0	15,4
Bolivia	8,3	1998	48,3	25,2	14,9
Kenya	30,7	1998	39,0	31,5	15,4
Guatemala	11,4	1998	38,2	30,9	10,1
República Árabe Siria	16,2	1998	36,1	28,3	8,2
Botswana	1,5	1988	33,0	31,7	13,0
Nepal	23,0	1996	28,5	26,0	13,0
Haití	8,1	2000	28,1	22,3	4,0
Papua Nueva Guinea	4,8	1996	25,9	19,6	—
Ghana	19,3	1998	22,0	13,3	6,6
Swazilandia	0,9	1988	19,9	17,2	—
Sudán	31,1	1992	8,3	6,9	2,6
Lesotho	2,0	1977	5,3	2,4	—
Guyana Francesa	0,2	—	—	—	—
Timor Oriental	0,7	—	—	—	—
Sáhara Occidental	0,3	—	—	—	—
Samoa	0,2	—	—	—	—
Vanuatu	0,2	—	—	—	—

fecundidad total de 2,1 hijos por mujer puede ya estar por debajo del nivel de reemplazo real (véase el cuadro 4). Tal vez sea necesario tener en cuenta este hecho al proponer hipótesis de tendencias futuras de la fecundidad para esos países.

En resumen, la revisión de las hipótesis sobre el futuro de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia entraña al menos cinco decisiones:

1. Seleccionar un nivel previsto de fecundidad que la totalidad (o la mayoría) de los países con fecundidad intermedia alcanzarán antes de 2050 en la variante media.

Revisión de 2000 (variante media)					
Fecundidad global en 1995-2000	Cambio promedio por decenio de fecundidad global de 1975-1980 a 1995-2000	Nivel de reemplazo real en 2045-2050	Nivel previsto	Fecha prevista	País o zona
Fecundidad global entre 3 y 3,5 (continuación)					
3,20	0,40	2,09	2,10	2020	Fiji
3,30	1,00	2,16	2,10	2010	Myanmar
3,17	1,24	2,07	2,10	2015	Emiratos Árabes Unidos
Fecundidad global entre 3,5 y 4					
3,60	0,86	2,10	2,10	2015	Turkmenistán
3,80	0,95	2,09	2,10	2025	Bangladesh
3,56	1,57	2,08	2,10	2020	Cabo Verde
3,64	0,93	2,09	2,10	2015	Filipinas
3,70	1,20	2,07	2,10	2020	Qatar
3,80	1,79	2,08	2,10	2015	Jamahiriyá Árabe Libia
3,72	1,09	2,11	2,10	2025	Tayikistán
3,95	-0,22	2,08	2,10	2025	Guam
Fecundidad global por encima de 4					
4,32	1,04	2,10	2,10	2030	Nicaragua
4,17	0,49	2,10	2,10	2035	Paraguay
4,69	1,35	2,08	2,10	2030	Jordania
4,30	1,15	2,13	2,10	2030	Honduras
4,36	0,72	2,13	2,10	2030	Bolivia
4,60	1,65	2,21	2,10	2025	Kenya
4,93	0,74	2,11	2,10	2035	Guatemala
4,00	1,72	2,08	2,10	2025	República Árabe Siria
4,35	1,01	2,34	2,10	2025	Botswana
4,83	0,41	2,10	2,10	2035	Nepal
4,38	0,79	2,21	2,10	2040	Haití
4,60	0,64	2,14	2,10	2040	Papua Nueva Guinea
4,60	1,15	2,14	2,10	2030	Ghana
4,80	0,85	2,27	2,10	2035	Swazilandia
4,90	0,70	2,14	2,10	2030	Sudán
4,75	0,50	2,27	2,10	2035	Lesotho
4,05	-0,38	2,08	2,10	2045	Guyana Francesa
4,35	-0,02	2,15	2,10	2020	Timor Oriental
4,40	0,83	2,08	2,10	2030	Sáhara Occidental
4,51	0,19	2,09	2,10	2035	Samoa
4,59	0,58	2,12	2,10	2035	Vanuatu

- Determinar, para cada país, el período en el que el nivel previsto se alcanzará en la variante media.
- Determinar si el nivel se mantendrá o no hasta el final del período de la proyección.
- Establecer niveles previstos para las variantes baja y alta, y modificar el período previsto en caso necesario.
- Determinar si es necesario tratar a algunos países como excepciones sobre la base de criterios explícitos.

Cuadro 4

Fecundidad global de nivel de reemplazo real en los países con fecundidad intermedia muy afectados por el VIH/SIDA

País	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
África										
Botswana	3,36	3,10	2,82	2,66	2,56	2,50	2,46	2,42	2,39	2,34
Ghana	2,48	2,41	2,34	2,29	2,24	2,20	2,18	2,16	2,15	2,14
Kenya	2,64	2,58	2,49	2,43	2,37	2,33	2,30	2,27	2,24	2,21
Lesotho	3,30	3,48	3,29	3,04	2,84	2,68	2,55	2,44	2,35	2,27
Sudáfrica	2,69	2,83	2,80	2,70	2,61	2,51	2,42	2,35	2,27	2,21
Sudán	2,55	2,48	2,42	2,36	2,31	2,26	2,21	2,18	2,16	2,14
Swazilandia	3,39	3,43	3,04	2,73	2,55	2,44	2,37	2,33	2,30	2,27
Zimbabwe	2,82	2,64	2,50	2,41	2,35	2,31	2,28	2,26	2,24	2,22
Asia										
India	2,35	2,30	2,25	2,22	2,20	2,18	2,16	2,15	2,14	2,13
Myanmar	2,52	2,44	2,36	2,30	2,26	2,22	2,20	2,18	2,17	2,16
Tailandia	2,11	2,10	2,09	2,08	2,08	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07
América Latina y el Caribe										
Bahamas	2,14	2,13	2,11	2,10	2,10	2,10	2,10	2,09	2,09	2,09
Brasil	2,16	2,15	2,14	2,13	2,12	2,11	2,10	2,09	2,09	2,08
República Dominicana	2,21	2,20	2,19	2,18	2,16	2,18	2,16	2,15	2,14	2,13
Guyana	2,26	2,26	2,26	2,26	2,25	2,24	2,22	2,20	2,18	2,16
Haití	2,53	2,47	2,42	2,38	2,34	2,31	2,28	2,26	2,23	2,21
Honduras	2,24	2,22	2,20	2,19	2,17	2,16	2,15	2,14	2,14	2,13

Antes de presentar las hipótesis revisadas propuestas con respecto a los países con fecundidad intermedia, es conveniente revisar las hipótesis adoptadas para proyectar la fecundidad en la *Revisión de 2000*.

Hipótesis sobre el futuro de la fecundidad en las que se basa la *Revisión de 2000*

La *Revisión de 2000* incluye seis variantes de proyección. Cuatro de ellas difieren entre sí en lo que respecta a las hipótesis formuladas en relación con el curso de la fecundidad en el futuro. Para describir las diferentes variantes, se ha dividido a los países en tres grupos:

1. *Países de fecundidad alta*: Aquellos en los que hasta 2000 sólo se había registrado, si acaso, una reducción de fecundidad incipiente;
2. *Países de fecundidad media*: Aquellos en los que la fecundidad ha estado disminuyendo, pero que está todavía por encima del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer en 1995-2000);
3. *Países de fecundidad baja*: Aquellos cuya fecundidad está en el nivel de reemplazo o por debajo de él (2,1 hijos por mujer en 1995-2000), más algunos otros con niveles muy próximos al de reemplazo, a los que se considera preparados para descender al nivel por debajo del de reemplazo en el futuro próximo (2000-2005).

Hipótesis de fecundidad media:

1. Se supone generalmente que en los países de fecundidad alta, la fecundidad disminuirá a una tasa media de cerca de un hijo por decenio a partir de 2005 o más tarde. Por consiguiente, algunos de estos países no alcanzarán el nivel de reemplazo para 2050.
2. Se supone que los países de fecundidad media alcanzarán el nivel de reemplazo antes de 2050.

3. Se supone que en los países de fecundidad baja, la fecundidad se mantendrá, en general, por debajo del nivel de reemplazo durante el período de la proyección y, para 2045-2050, alcanzará la fecundidad de la cohorte de las mujeres nacidas a principios del decenio de 1960 o, de no disponerse de esos datos, 1,7 hijos por mujer si la fecundidad actual es por debajo de 1,5 hijos por mujer, o 1,9 hijos por mujer si la fecundidad actual es de 1,5 hijos por mujer o más.

Hipótesis de fecundidad alta:

1. En los países de fecundidad alta y media, la fecundidad se mantendrá por encima de la fecundidad en la hipótesis de fecundidad media y finalmente alcanzará un nivel de 0,5 hijos por encima de la alcanzada por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.
2. En los países de fecundidad baja, la fecundidad global alcanzará un valor de 0,4 hijos por mujer por encima del alcanzado por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.

Hipótesis de fecundidad baja:

1. En los países de fecundidad alta y media, la fecundidad se mantendrá por debajo de la fecundidad en la hipótesis de fecundidad media y finalmente alcanzará un nivel de 0,5 hijos por debajo del alcanzado por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.
2. En los países de fecundidad baja, la fecundidad global alcanzará un valor de 0,4 hijos por mujer por debajo del alcanzado por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.

Hipótesis de fecundidad constante:

En todos los países la fecundidad se mantiene constante al nivel estimado para el período 1995-2000.

Hipótesis propuestas para la *Revisión de 2002*

Antes de formular las hipótesis propuestas para la *Revisión de 2002* de manera paralela a las de la *Revisión de 2000*, nos ocuparemos de las diferentes decisiones que es preciso hacer.

- *El nivel previsto de fecundidad para la variante media:* Si los países con fecundidad intermedia han de alcanzar algún nivel de fecundidad por debajo de 2,1 hijos por mujer, el nivel previsto propuesto es 1,85 hijos por mujer. Ese valor está exactamente a medio camino entre los niveles previstos para las variantes baja y media de *Revisiones* anteriores, incluida la *Revisión de 2000*. Además, está muy cerca del nivel promedio de la fecundidad global proyectada para los países con fecundidad baja en 2045-2050, según la *Revisión de 2000* (1,88 hijos por mujer), y no demasiado por encima del nivel promedio de fecundidad registrado durante los períodos recientes en países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (véase el cuadro 1). Si, como en *Revisiones* anteriores, los niveles previstos para las variantes alta y baja se establecen de manera que abarquen una escala de cerca de 0,8 hijos a un hijo en torno al nivel previsto de la variante media, el nivel previsto para la variante alta sería 2,25 a 2,35 hijos por mujer, valor bien por encima del nivel de reemplazo, y para la variante media sería de 1,35 a 1,45 hijos por mujer, más cerca del nivel promedio de fecundidad global que tienen hoy los países de baja fecundidad (1,5 hijos por mujer). Es decir, la escala de 1,35 a 2,35 hijos por mujer (o de 1,45 a 2,25 hijos por mujer) parecería suficientemente amplia para cubrir casos en los que no se llega a producir la fecundidad por debajo del de reemplazo y la fecundidad se mantiene por encima del nivel de reemplazo, así como aquellos en que la fecundidad baja aún más en la escala por debajo del de reemplazo.

- *Determinar el período previsto:* El período previsto para cada país se determinará de manera compatible con períodos previstos ya usados en la variante media de la *Revisión de 2000*. Es decir, a menos que las estimaciones revisadas de las tendencias de la fecundidad anteriores cambien considerablemente, la directriz general será seleccionar un período previsto para alcanzar la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo que sea posterior al período previsto actual para alcanzar el nivel de reemplazo.
- *Mantener el nivel de fecundidad por debajo del de reemplazo hasta el final del período de la proyección:* El nuevo nivel previsto se tratará de la misma forma que se ha tratado el nivel de reemplazo en *Revisiones* anteriores. Una vez alcanzado el nivel previsto, se mantendrá hasta el final del período de la proyección.
- *Niveles previstos para las variantes alta y baja:* Para los países con fecundidad intermedia, se propone mantener los niveles previstos para las variantes alta y baja en medio hijo por encima y por debajo del de la variante media de fecundidad. Dada la mayor incertidumbre que rodea el logro de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo por muchos países con fecundidad intermedia, limitar más la escala para las variantes alta y baja no parece aconsejable en este momento.
- *Determinar las excepciones:* Al igual que en otras *Revisiones*, tal vez sea necesario modificar el nivel previsto para determinados países con fecundidad intermedia, a la luz de tendencias anteriores y otros datos pertinentes. Se sugiere que dicha determinación se base en la consideración de, al menos, los siguientes factores: tendencias de la fecundidad del pasado y pruebas de estancamiento de los niveles de fecundidad; tasas muy bajas de uso de anticonceptivos, que pueden poner en duda la sostenibilidad de descensos rápidos de la fecundidad; el efecto del VIH/SIDA y sus consecuencias en el nivel real de reemplazo; y las características de las políticas y programas de población.

De manera análoga a la *Revisión de 2000*, las hipótesis propuestas para la *Revisión de 2002* se presentan en función de tres grupos de países:

1. *Países de fecundidad alta:* Aquellos en los que hasta 2000 sólo se había registrado, si acaso, una reducción de fecundidad incipiente (en general, los que tenían una fecundidad total de 5 hijos o más por mujer en 1995-2000);
2. *Países de fecundidad intermedia:* Aquellos en los que la fecundidad ha estado disminuyendo, pero cuyo nivel está todavía por encima del nivel de reemplazo (más de 2,1 hijos por mujer en 1995-2000);
3. *Países de fecundidad baja:* Aquellos cuya fecundidad está al nivel o por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer en 1995-2000).

Hipótesis de fecundidad media:

Se supone que en los países de fecundidad alta la fecundidad disminuirá a una tasa media de no más de un hijo por mujer por decenio. El ritmo de descenso se determinará con la debida consideración de las condiciones socioeconómicas y afines en cada país. Debido a su fecundidad continuamente alta, los países de este grupo no alcanzarán necesariamente una fecundidad total por debajo del nivel de reemplazo para el final del período de la proyección.

1. Se supone que los países con fecundidad intermedia alcanzarán un nivel de 1,85 hijos por mujer antes de 2050. Una vez alcanzado dicho nivel, la fecundidad total se mantendrá constante hasta el final del período de la proyección.
2. Se supone que en los países de fecundidad baja la fecundidad se mantendrá, en general, por debajo del nivel de reemplazo durante el período de la proyección y, para 2045-2050, alcanzará la fecundidad de la cohorte de mujeres nacidas a principios del decenio de 1960 o, de no disponerse de esos datos, 1,7 hijos por

mujer si la fecundidad actual está por debajo de 1,5 hijos por mujer, o 1,9 hijos por mujer si la fecundidad actual es de 1,5 hijos por mujer o más.

Hipótesis de fecundidad alta:

1. En los países de fecundidad alta y media, la fecundidad se mantendrá por encima de la fecundidad en la hipótesis de fecundidad media y finalmente alcanzará un nivel de 0,5 hijos por encima de la alcanzada por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.
2. En los países de fecundidad baja, la fecundidad total finalmente alcanzará un valor de 0,4 hijos por mujer por encima del alcanzado por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.

Hipótesis de fecundidad baja:

1. En los países de fecundidad alta e intermedia, la fecundidad se mantendrá por debajo de la proyectada en la hipótesis de fecundidad media y finalmente alcanzará un nivel de 0,5 hijos por debajo de la alcanzada en la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.
2. En los países de fecundidad baja, la fecundidad total alcanzará un valor de 0,4 hijos por mujer por debajo de la alcanzada por la hipótesis de fecundidad media en 2045-2050.

Hipótesis de fecundidad constante:

En todos los países la fecundidad se mantiene constante al nivel estimado para el período 1995-2000.

Las consecuencias

Las directrices propuestas para la fecundidad futura en la *Revisión de 2002* tienen consecuencias trascendentales. La expectativa de que los países con fecundidad intermedia tendrán una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo está en marcado contraste con la hipótesis actual de que su fecundidad se estabilizará al nivel de reemplazo. La aplicación de las hipótesis propuestas de fecundidad, en la variante media, supone que antes de 2050, según las proyecciones, aproximadamente el 80% de la población mundial tendrá fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Incluso con las hipótesis propuestas de fecundidad, la población mundial todavía estará creciendo para mediados del siglo. Ahora bien, las tasas de crecimiento de la población serán mucho más bajas que las proyectadas actualmente. En ese caso, la afirmación algo hiperbólica de que el “fin del crecimiento de la población” está cerca, estará ligeramente más cerca de ser verdad de lo que lo ha estado hasta ahora.

Nuestros conocimientos actuales no nos permiten afirmar con certeza que los niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo sean inevitables. Ahora bien, esos conocimientos, respaldados por la experiencia de un creciente número de países, indican que en el futuro es probable que se produzcan períodos prolongados de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Además, alcanzar ese nivel parece probable en vista de los éxitos logrados hasta ahora en la reducción de la fecundidad de 5, 6 ó 7 hijos por mujer a 2, 3 ó 4 hijos por mujer. Hoy, los países con fecundidad intermedia todavía tienen niveles moderadamente altos de fecundidad, y es la rapidez a la que están cayendo esos niveles la que permite suponer que las reducciones de fecundidad no se detendrán necesariamente al nivel exacto de reemplazo.

En resumen, las directrices propuestas para la proyección de fecundidad en países con fecundidad intermedia se basan en el reconocimiento científicamente sólido de que la fecundidad de reemplazo no está necesariamente programada en la evolución de las poblaciones. En el pasado, los analistas de la División de Población de las Naciones Unidas demostraron clarividencia al proyectar la población. Por ejemplo, a finales del

decenio de 1940, previeron rápidas tasas de crecimiento demográfico. En el decenio de 1960 y a comienzos del de 1970, proyectaron importantes reducciones de la fecundidad, cuando todavía no había más que escasas pruebas de que dichas reducciones fueran a ocurrir. Hoy, la División de Población prevé la continuación de cambios sin precedentes en la dinámica del crecimiento de población. Dada la experiencia de los países con fecundidad baja de hoy, y los conocimientos derivados de un más cabal entendimiento de los procesos que conducen a la transición prácticamente universal de la fecundidad alta a la baja, parece probable que en el futuro sea ocurrencia común la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. La fecundidad propuesta de 1,85 hijos por mujer representa sólo una desviación modesta, pero significativa, del nivel de reemplazo. Si se alcanza y mantiene la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, conducirá en primer lugar a la desaceleración de las tasas de crecimiento de la población y, más tarde, a reducciones más lentas del tamaño de la población mundial.

BIBLIOGRAFÍA

- Aries, P. (1962). *Centuries of Childhood: A social History of Family Life*. Nueva York. Knopf.
- Aries, P. (1980). Two successive motivations for the declining birth rate in the West. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 4, págs. 645-650.
- Beckers, Gary S. (1981). *A Treatise on the Family*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bongaarts, John, y Rodolfo A. Bulatao, comps. (2000). *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bongaarts, John, y Susan C. Watkins (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*, vol. 22, No. 4, págs. 639-682.
- Bulatao, Rodolfo A., y John B. Casterline, comps. (2001). Global Fertility Transition. *Population and Development Review*, vol. 27 (suplemento).
- Caldwell, John C. (1982). *Theory of Fertility Decline*. Londres: Academic Press.
- Casterline, John B. (2001a). The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century. *Population and Development Review*, vol. 27 (suplemento), págs. 53-59.
- Casterline, John B., comp. (2001b). *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*. Washington, DC: National Academy Press.
- Casterline, John B. (2001c). Diffusion processes and fertility transition: Introduction. En *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp. Washington, DC: National Academy Press, págs. 1-38.
- Chase, Stuart (1939). Population going down. *Atlantic Monthly*, resumen en *Reader's Digest*, marzo, 1-5.
- Chenais, Jean Claude (2000). Determinants of below-replacement fertility. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Nos. 40/41, 1999, págs. 126-136.
- Cleland, John (2001a). The effects of improved survival on fertility: A reassessment. *Population and Development Review*, vol. 27 (suplemento), págs. 60-92.
- Cleland, John (2001b). Potatoes and pills: An overview of innovation-diffusion contributions to explanations of fertility decline. En *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp. Washington, DC: National Academy Press, págs. 39-65.
- Cleland, John, y C. R. Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, págs. 5-30.
- Coale, Ansley J. (1973). The demographic transition reconsidered. En *International Population Conference, Liège 1973*, vol. I. Lieja, Bélgica, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, págs. 53-72.
- Coale, Ansley J., y Susan C. Watkins, comps. (1986). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Davis, Kingsley (1945). The world demographic transition. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, No. 237, págs. 1-11.

- Davis, Kingsley (1963). The theory of change and response in modern demographic history. *Population Index*, vol. 29, No. 4, págs. 345-366.
- Davis, Kingsley (1970). The climax of population growth: Past and future perspectives. *California Medicine*, vol. 113, No. 5, págs. 33-39.
- Dorbritz, Jürgen, y Charlotte Höhn (2000). The future of the family and future fertility trends in Germany. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Nos. 40/41, 1999.
- Easterlin, Richard A. (1976). The conflict between aspirations and resources. *Population and Development Review*, vol. 2, No. 3-4, págs. 417-425.
- Knodel, John, y Etienne van de Walle (1979). Lessons from the past: Policy implications of historical fertility studies. *Population and Development Review*, vol. 5, No. 2, págs. 217-245.
- Lesthaeghe, Ron (1983). A century of demographic and cultural change in Western Europe: An exploration of underlying dimensions. *Population and Development Review*, vol. 9, No. 3, págs. 411-435.
- Lesthaeghe, Ron, y Paul Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No. 2, págs. 211-228.
- Lesthaeghe, Ron, y Camille Vanderhoeft (2001). A conceptualization of transitions to new behavioral forms. En *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp., Washington, DC: National Academy Press, págs. 240-264.
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson y Sergei Scherbov (2001). The end of world population growth. *Nature*, vol. 412, págs. 543-545.
- Naciones Unidas (1985). *Women's Employment and Fertility* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: E.85.XIII.5).
- Naciones Unidas (2000a). Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Edición especial, Nos. 40/41, 1999.
- Naciones Unidas (2000b). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.4).
- Naciones Unidas (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).
- Naciones Unidas (2001b). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. II: The Sex and Age Distribution of the World Population* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.9).
- Notestein, Frank W. (1945). Population: the long view. En *Food for the World*, T. W. Schultz, comp. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Notestein, Frank W. (1953). Economic problems of population change, En *Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists*. Londres: Oxford University Press.
- Oppenheimer, Valerie Kincade (1988). A theory of marriage timing. *American Journal of Sociology*, No. 94, págs. 563-591.
- Rodríguez, Germán, y John Cleland (1981). Socio-economic determinants of marital fertility in twenty countries: A multivariate analysis. En *World Fertility Survey Conference 1980: Record of the Proceedings*, vol. 2. Voorburg, Países Bajos, International Statistical Institute, págs. 337-414.
- Spengler, Joseph J. (1930). When population ceases to grow. *The New Republic*, vol. 65 (3 de septiembre) págs. 61-63.
- Teitelbaum, Michael S., y Jay M. Winter (1985). *The Fear of Population Decline*. Orlando y Londres: Academic Press.
- Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, vol. 34, No. 6, págs. 959-975.
- Wattenberg, Ben J. (1987). *The Birth Dearth*. Nueva York, NY: Pharos Books.

El reto demográfico contemporáneo

*John C. Caldwell**

El momento actual es, inesperadamente, una coyuntura crítica para el cambio y las políticas de población. Estamos a poco más de medio camino del impetuoso crecimiento de la población que comenzó a mediados del siglo XX, pero los gobiernos de los países desarrollados parecen haber perdido interés en la cuestión. Esta apatía puede tener importantes repercusiones demográficas. Los motivos probables de la pérdida de interés son una vaga creencia de que el cambio demográfico actual tiene su propio impulso, una reacción a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, que puede interpretar erróneamente el complicado documento que salió de aquella reunión, y una preocupación por la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en el mundo desarrollado.

El ingente crecimiento de la población no es cosa del pasado. Las estimaciones y proyecciones medias (Naciones Unidas, 2001a) arrojan cifras de población mundial de 2.500 millones en 1950, 6.100 millones en 2000 y 9.300 millones en 2050. Los próximos 50 años veremos un aumento de la población mundial de casi la misma magnitud que el de los últimos 50 años y, a partir de entonces, puede que el mundo tenga 1.000 ó 2.000 millones más de habitantes antes de que cese el crecimiento. Se cree que el descenso de la fecundidad total ha recorrido más de cuatro quintas partes del trayecto de una tasa global de fecundidad de 5,0 en 1950 a 2,1 en 2050. Pero debido al impulso del crecimiento de la población y a una base demográfica en continua expansión, las adiciones a la población mundial no alcanzaron su cota máxima hasta el decenio de 1990, en cerca de 80 millones al año, y ahora están sólo ligeramente por debajo de esa cifra.

Hay dos puntos que deben recordar los que escudriñan el futuro y los encargados de formular políticas. El primero es que las proyecciones están lejos de ser exactas. El segundo, que las proyecciones se basan, necesariamente, en la experiencia anterior, sobre todo en la experiencia normativa anterior, y, si esto cambia, las proyecciones tendrán que cambiar también.

La falta de certidumbre de las proyecciones se demuestra por el hecho de que para 2050 las Naciones Unidas han formulado, además de la proyección de 9.322 millones, una proyección baja de 7.866 millones y una proyección alta de 10.934 millones. La proyección alta sobrepasa en más de 3.000 millones, o casi el 40%, la proyección baja. Otra proyección reciente, de Lutz y otros (2001), arroja una cifra media para 2050 de 8.797 millones, con un 80% de probabilidad de que caiga entre 7.347 y 10.443 millones. La cifra “más probable” para 2050 de esta última proyección está cerca de 500 millones por debajo de la de las Naciones Unidas, pero todavía supone un crecimiento enorme y una gran incertidumbre en cuanto a su magnitud.

En los últimos años, la mayoría de los analistas han preferido emplear la proyección media de las Naciones Unidas, ya que ha demostrado ser sorprendentemente precisa. Ese período de casi certeza puede estar llegando a su fin. Dos años después de la publicación en 1999 de las proyecciones de 1998, las Naciones Unidas produjeron cifras revisadas que elevan la estimación media para 2050 en 413 millones de almas, diferencia que se atribuye, en un 96%, a las nuevas cifras correspondientes a África y Asia, en particular el África subsahariana y Asia meridional. La División de Población de las Naciones Unidas

* Australian National University, Canberra, Australia.

dijo que el 59% del ajuste al alza se explicaba por los países (en su mayor parte en el África subsahariana) donde la fecundidad no empezó a disminuir tan pronto como se había esperado, y el 32%, por la mayor lentitud que la anticipada del descenso de la fecundidad en países tan populosos como Bangladesh, la India y Nigeria.

Las proyecciones del siglo XX se basaban en la experiencia del siglo XX, que estaba impulsada por un casi consenso entre poderosos países donantes y sus ciudadanos en cuanto a la necesidad de conceder un alto grado de prioridad normativa y financiamiento adecuado al control de la población¹. Ese consenso influyó en la adopción por los gobiernos de países en desarrollo de políticas de población que provocaron un descenso de los niveles de la fecundidad y del crecimiento de la población más rápido del que hubiera provocado el cambio socioeconómico por sí solo. También influyó en la elaboración de métodos anticonceptivos apropiados para programas de planificación de la familia a gran escala. Ese consenso es ahora menos fervoroso, lo que se refleja en el financiamiento y liderazgo del Primer Mundo. El resultado será, casi con certeza, un descenso de la fecundidad más lento y un mayor crecimiento demográfico, que deben reflejarse en proyecciones de población adecuadas.

Las razones de la pérdida de fervor son varias. Una de ellas es el éxito inicial que se logró en la reducción de la fecundidad y su reflejo en las estadísticas de las Naciones Unidas y otras. El mundo es menos homogéneo de lo que la reacción a estos cambios indicaba. El descenso de la fecundidad era persistente en la relativamente próspera e instruida América Latina y otras partes de rápido desarrollo económico de Asia oriental y sudoriental. No obstante, existía la posibilidad de que surgieran dificultades en cualquier lugar que no siempre se notaban, pero que se pueden observar en tres grandes países señalados en las últimas proyecciones de las Naciones Unidas como inesperadamente lentos.

Las razones que explican por qué la transición de la fecundidad puede ser lenta en algunas partes del África subsahariana son múltiples. Entre la población de esa región existen resistencias culturales y entre los gobiernos, una falta de entusiasmo por ejercer el liderazgo en el sector; por esas razones, es poco probable que los programas nacionales de planificación de la familia sean como los de Asia o tengan el mismo efecto. El nivel de desarrollo es también muy bajo, con una elevada proporción de la población que practica la agricultura de subsistencia. Aquí, cuantos más brazos hay más alimentos se producen, y habrá tantos más brazos cuantos menos niños vayan a la escuela. En 20 países del África subsahariana las mujeres todavía tienen 6 o más hijos y hay pocos indicios de un descenso de la fecundidad. Estos 20 países tienen, en promedio, una tasa de mortalidad infantil de más de 150 por mil, una esperanza de vida al nacer de 45 años y un ingreso nacional bruto per cápita, en paridad de poder adquisitivo, de ligeramente más de 850 dólares de los EE.UU. (1999). Tal vez lo más importante es que sólo la mitad de las niñas de edad de enseñanza primaria, y una tercera parte de las de edad de enseñanza secundaria, están escolarizadas (tasas netas de matriculación). En comparación con otros países africanos como Ghana, Kenya y Sudáfrica, donde se han registrado marcados descensos de la fecundidad, sus tasas de mortalidad infantil son dos o tres veces más altas, sus niveles de ingreso más bajos y el nivel de matrícula de las niñas en la enseñanza secundaria, la mitad. Ghana y Kenya sentaron las bases de su descenso de la fecundidad antes de la crisis económica de África, que comenzó a mediados del decenio de 1980. Sus poblaciones ya daban por descontado que la salud de los niños podría protegerse por la medicina moderna y que tanto las niñas como los niños asistirían normalmente a la escuela. La crisis económica subsiguiente y los gastos financieros de la familia asociados a la recuperación de costos en programas de ajuste estructural no cambió estos supuestos, antes bien, convenció a muchos padres de que sólo con un mayor espaciamiento de los nacimientos de sus hijos podrían mantener las expectativas de salud y educación. Los países más pobres no participaron en este proceso de dos etapas, pero todavía están sufriendo las consecuencias de un servicio de escuelas y clínicas escaso y de pago. También se enfrentan al comienzo de la transición demográfica en una era del SIDA. Salvo en unos pocos países, casi todos musulmanes de África meridional, el descenso de la fecundidad en el continente africano es, principalmente, un fenómeno

¹ Mis propios análisis de experiencia se pueden encontrar en Caldwell y Caldwell (1986).

urbano, ya que la índole de la familia, las ocupaciones de los adultos y el papel de los hijos y las expectativas para ellos son muy distintos en las ciudades y en el campo. Los países más lentos en reducir su fecundidad tienden a ser menos urbanizados que los países donde el descenso de la fecundidad está teniendo lugar y, en particular, suelen carecer de grandes ciudades. Por último, los países donde la fecundidad es más alta suelen tener otras preocupaciones más inmediatas que las demográficas, ya que entre ellos figura la mayor parte de los países del África subsahariana devastados por la guerra: Liberia, Sierra Leona, Eritrea, Somalia, Uganda, Angola y República Democrática del Congo.

Las explicaciones de umbral de momento no son populares, pero alguna explicación de ese tipo es probablemente pertinente a la situación de los grandes países lentos de Asia meridional. El mejor ejemplo es, probablemente, Bangladesh, donde, gracias a un programa de planificación de la familia comparativamente costoso y eficaz, junto con un importante cambio socioeconómico, se logró reducir a la mitad la tasa de natalidad a finales del decenio de 1970 y en el de 1980, sólo para descubrir que la tasa global de fecundidad se estancaba alrededor de 3,3 en el decenio de 1990. En consecuencia, las proyecciones de población de las Naciones Unidas de 2000 muestran que alcanzará una fecundidad de reemplazo 30 años más tarde de lo que habían indicado las proyecciones de 1998. Lo que no se había tomado en cuenta anteriormente es que Bangladesh es el país más pobre del mundo, que ha reducido su tasa global de fecundidad a 3,3 y lo ha hecho con una tasa de mortalidad infantil de cerca de 70, más del doble de la de Asia oriental y sudoriental. Bangladesh logró esta fecundidad tan baja, en parte, porque consiguió superar los problemas de *purdah* al enviar a los trabajadores de la planificación de la familia a cada hogar con métodos anticonceptivos hormonales, preferidos en las sociedades musulmanas, pero la ironía es que los donantes, con menos fondos para programas de planificación de la familia, están ahora clamando por un mayor empleo de servicios centralizados y uso de métodos permanentes o a largo plazo. La India, que ha financiado casi totalmente sus propios programas, ha tratado siempre de hacer economías con su preferencia por la esterilización. Ha tenido un éxito extraordinario en el sur del país, pero mucho menos en la franja hindi de los grandes estados del Norte (donde la mortalidad infantil es también relativamente alta). Una situación similar existe en Nigeria, donde la mitad sur del país ha registrado un descenso de la fecundidad paralelo al de Ghana y Kenya, mientras que el Norte, más pobre, con mortalidad más alta y sólidamente musulmán como sus vecinos el Níger y el Chad, mantiene una fecundidad alta.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo elaboró un *Programa de Acción* que, como el producto de otros consensos internacionales, era complejo, no enteramente consecuente consigo mismo y susceptible de malas interpretaciones. Proclamaba que el movimiento de población ya no estaba impulsado por temores demográficos, mientras dedicaba amplio espacio al crecimiento de la población y sus repercusiones. Su principal objetivo era mejorar la situación de la mujer, en particular en lo que se refiere a educación y salud genésica, y al mismo tiempo justificaba en parte, o al menos señalaba, que estas mejoras reportarían beneficios demográficos en descensos de la fecundidad y la mortalidad infantil. Trataba de lograr el establecimiento de programas de salud genésica de un tipo al que siempre han aspirado los mejores programas de planificación de la familia. No obstante, desalentó a muchos involucrados en los programas de planificación de la familia al dar la impresión de condenar lo que hasta entonces habían considerado éxitos anteriores y de pedir más de lo que podían hacer los servicios de salud de sus países en el futuro previsible. Es casi seguro que también ha causado confusión entre los donantes, que hasta entonces no habían considerado que los servicios nacionales de educación y de salud, mucho más costosos, justificasen el mismo apoyo proporcional que los programas de planificación de la familia.

Pero el apoyo de los donantes occidentales a los programas de planificación de la familia también se ha debilitado al ver que la transición demográfica puede no adoptar la forma de tasas iguales de nacimiento y mortalidad, sino de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Esto parece haberse logrado ya en países donde vive el 44% de la

población mundial, y empezó a manifestarse en descensos sostenidos de la fecundidad a partir del decenio de 1970. En parte, esta situación es el resultado del aumento de la escolarización de las niñas y de la participación de la mujer en la fuerza laboral, pero también es el resultado de fuerzas liberadas por el empeño mundial de limitar el crecimiento de la población, a saber, la invención de mejores anticonceptivos y el apoyo moral a las parejas jóvenes o a las mujeres jóvenes que tienen pocos hijos. Muchos responsables de formular políticas han oído ahora el argumento de que las medidas destinadas a limitar la población en los países en desarrollo no eran necesarias en ningún momento, o han dejado de serlo. De hecho, se ha dado la impresión de que, en último término, el descenso de la fecundidad sería un desastre para todos los países, porque daría lugar a poblaciones con más del 30% de personas de edad, es decir, de más de 65 años (el Japón alcanzará ese nivel en 2030), lo que supondría una carga insostenible para la población activa, que tendría que sufragar las pensiones por vejez y los servicios de salud con altos impuestos.

La situación demográfica es, en realidad, mucho más complicada, aunque estas complicaciones no han sido presentadas por los gobiernos de manera debida o convincente. En primer lugar, no todo el mundo está convencido de que China tenga una fecundidad por debajo o muy por debajo del nivel de reemplazo y, si se la excluye, la proporción de la población del mundo en esa categoría se reduce a la mitad, al 22%. En segundo lugar, la fecundidad muy baja (tasas totales de fecundidad por debajo de 1,6), con escasas probabilidades de que la fecundidad completa de una cohorte llegue finalmente a acercarse al nivel de reemplazo pues las mujeres mayores siguen posponiendo los nacimientos hasta después de sus años jóvenes, está limitada, principalmente, a Europa central, oriental y meridional, el Japón y la República de Corea y, tal vez, el Canadá, alrededor de 750 millones de personas o una octava parte de la raza humana. En tercer lugar, el impulso demográfico asegura que las crisis, aun en esos países, no sean inminentes. De continuar la situación actual, pasará un tercio de siglo antes de que Italia, España y el Japón registren un descenso de la población del 0,5% al año y el 30% o más de sus respectivas poblaciones tengan más de 65 años, y medio siglo antes que esto ocurra en Alemania.

Lo que quiero decir es que los países ricos todavía se deben preocupar sobre todo por el crecimiento de la población mundial. Para 2050, la población mundial puede ser de 8.900 millones, como indica la proyección media de la *Revisión de 1998* (Naciones Unidas) o, tal vez, 9.300 millones, como se calcula en la proyección media de 2000. También podría alcanzar los 10.900 millones que arroja la proyección alta de 2000 o, lo que es cada vez más improbable, los 7.900 millones de la proyección baja de 2000. Las poblaciones totales mundiales pueden alcanzar una cota máxima de 9.000 a 12.000 millones; o, según las proyecciones del 80% de probabilidad de Lutz y otros (2001), de 8.000 a 12.000 millones. Con respecto a la estabilidad a largo plazo de los ecosistemas mundiales y a nuestros medios de alimentar debidamente y dar una vida razonablemente satisfactoria a todos, el margen de 3.000 a 4.000 millones de personas adicionales puede ser crítico. Es posible que podamos lograr esos objetivos con 12.000 millones de personas, pero estamos mucho más seguros de poderlo hacer con 9.000 millones, y arriesgar los otros 3.000 millones no parece un experimento que merezca la pena.

¿Qué es, pues, lo que sucederá probablemente en los países ricos? La respuesta es que la fecundidad baja seguirá siendo una característica de esas sociedades. Pero la situación está lejos de ser sencilla. Dado que las tasas globales de fecundidad de momento están deprimidas por una continua postergación de la edad de la mujer al contraer matrimonio y tener hijos, la mayoría ha exagerado la amenaza del reemplazo de la población. En Europa, Escandinavia, Francia, el Reino Unido, Irlanda y, tal vez, incluso los Países Bajos, estarán probablemente cerca de reemplazarse a sí mismos, como también lo estarán los Estados Unidos. En cualquier caso, en los países tradicionales de inmigración: Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, no es probable que se registren descensos de la población. En cambio, gran parte de Europa meridional, oriental y central, así como el Japón y la República de Corea, harán frente al descenso de la población si continúan las tendencias actuales. Pero no se deben olvidar dos puntos importantes: primero, incluso con las ten-

dencias actuales, descensos de consideración están, en la mayoría de los casos, a decenios de distancia; segundo, las tasas de fecundidad puede que no se mantengan tan bajas.

El motivo por el que la fecundidad pudiera no permanecer tan baja es que el nacionalismo no está muerto. Cuando se produce un descenso real, las políticas y el sentir popular tienden a abrazar la maternidad de una forma que puede hacer parecer insignificantes actitudes similares observadas en los años 30, o en Europa oriental de los años 50 a 70. Los descensos de fecundidad posteriores a los años 60 se produjeron como resultado no sólo del cambio económico, sino también de un cambio de actitud respecto a las familias pequeñas e incluso a la infecundidad, en parte debido al debate de la “explosión de población”. Creo que en los próximos decenios veremos una reacción opuesta, con el elogio oficial y popular de las familias de 2 y hasta 3 hijos y cambios radicales de política para hacerlas posible. La bajísima fecundidad actual es menos la realización del objetivo de los padres respecto a la familia que desean establecer que el resultado de las dificultades económicas de las familias en las sociedades de alto consumo que no tienen dos asalariados y de los agudos problemas a los que se enfrentan las madres para continuar su educación o trabajo o mantener su posición y ritmo de ascenso en el empleo. Esas dificultades surgen de un apoyo insuficiente de los gobiernos, los patronos y los maridos. Sabemos que cuando Suecia volcó dinero en apoyo de la enseñanza preescolar gratuita en los años 80 y primeros 90 (por razones de igualdad de género, no por razones demográficas), la fecundidad aumentó a niveles de reemplazo, sólo para volver a caer un tercio cuando esos gastos se recortaron al cumplir Suecia los criterios para incorporarse en la Unión Europea. Tiempo vendrá cuando sea la maternidad la que se vincule a la obtención de becas universitarias, el pago de hipotecas de la vivienda y la permanencia en la vía rápida de ascenso profesional.

Puede que esta política y estos cambios sociales no se promuevan solamente por el nacionalismo demográfico, sino también por una variante del movimiento de la mujer y por fuerzas poderosas dirigidas a lograr una mayor igualdad de género. Italia ya se está empezando a preocupar por las causas de su fecundidad muy baja, que los científicos están vinculando al hecho de que los maridos no comparten las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, y relacionando esto, a su vez, con la tendencia de los hombres de casarse tarde, tras años de vivir como adultos jóvenes en el hogar de sus padres, donde la madre los acostumbra a no tener que ocuparse de las tareas domésticas. Lo que se puede esperar es que los gobiernos de los países desarrollados lleguen a ser suficientemente refinados para hacer frente a un mundo bipolar, de manera que mantengan sus políticas nacionales de población separadas de su actitud de asistencia técnica a los países de alta fecundidad.

La fecundidad baja está provocando cambios rápidos en las estructuras de edad de los países desarrollados, que los demógrafos continuarán vigilando. Que estos cambios presagien desastres económicos es algo que se puede discutir. El principal grupo de población empleado, de 20 a 64 años —definición más sensata para los países ricos que la de 15 a 64 años—, que sigue siendo una proporción constante de la población de cerca del 56%. El único cambio es que la carga de la dependencia se desvía de apoyar a los jóvenes a apoyar a los ancianos. Ésta es una importante cuestión emotiva en el Occidente, donde los jóvenes tienden a ser responsabilidad de la familia, que entraña gastos familiares directos, mientras que los ancianos son responsabilidad del Estado, sufragada mediante la tributación de la familia. Este cuadro no es universal y, en cualquier caso, el efecto del cambio en la economía nacional probablemente no es tan grande como la mayoría del debate ha sugerido. Además, existe una tendencia a subestimar la eficacia de la economía moderna y a sobrestimar su potencial de empleo. Ha demostrado ser muy capaz de producir niveles de vida en alza aunque el 10% de la fuerza laboral está desempleada y del 5% al 10%, prematuramente jubilada. Así pues, aunque la base impositiva para apoyar a los ancianos se podría ampliar suficientemente mediante el aumento de la edad de la jubilación a 70 años, esto pudiera no ser necesario. De hecho, la economía podría ser más sana si no se recurriese a esta medida, que llevaría consigo la necesidad de conceder los subsidios reglamentarios por desempleo a las personas de 65 a 69 años.

Los países con fecundidad intermedia

Ahora desearía ocuparme brevemente de los “países con fecundidad intermedia” más grandes. La División de Población de las Naciones Unidas define esos países como aquellos que tienen una tasa global de fecundidad de 2,2 a 4,9. Para fines de este análisis, he definido “grandes” a los caracterizados en 2000 por una población de 30 millones o más (Naciones Unidas, 2001b). Este grupo está constituido por 18 países (Argelia, Egipto, Marruecos, Sudán, Kenya, Sudáfrica, México, Argentina, Brasil, Colombia, Turquía, Bangladesh, India, República Islámica del Irán, Indonesia, Myanmar, Filipinas y Viet Nam) y tiene una población total de 2.260 millones, o el 46% de la del mundo en desarrollo, y el 63% si se excluye a China. La India constituye, por sí sola, el 45% de su población. Para fines analíticos, añadiré otros tres países grandes de fecundidad alta para formar un grupo “ampliado”: Nigeria, República Unida de Tanzania y Pakistán. Así ampliado, el grupo de 21 países representa el 53% de la población del mundo en desarrollo (72% si se excluye a China), y la India constituye el 39% del total.

La División de Población de las Naciones Unidas ha estado justificada en tener cuidado de no sobreestimar la rapidez del descenso de la fecundidad. No obstante, en comparación con otras fuentes (DHS, INED, PRB), ahora parece haber sobreestimado la tasa global de fecundidad de Bangladesh, dada como 3,6 en el *Estado de la Población Mundial 2000* y 3,7 al promediar la estimación para 1995-2000 y la proyección media para 2000-2005 de *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas, 2001a). Una estimación más probable parecería ser 3,3. En cambio, las tasas globales de fecundidad del norte de África (Argelia, Egipto, Marruecos, Sudán) parecen haber sido subestimadas, aunque menos en la proyección promedio que en el *Estado de la Población Mundial 2000* (Naciones Unidas, 2001b). Cabe señalar, asimismo, que algunos países son difíciles de tratar como una unidad. En Nigeria, la tasa global de fecundidad en el Norte musulmán, relativamente pobre, es todavía de alrededor de 7,0, mientras que en el Sur, más rico, más educado y predominantemente cristiano, oscila entre 4 y 5, tasa comparable a las de Ghana y Kenya. En cambio, en Sudán, es el Norte musulmán, más rico, el que tiene una fecundidad más baja.

Ya no parece existir ningún obstáculo que impida a la mayoría de los países alcanzar la fecundidad de reemplazo y posteriormente descender por debajo de ese nivel; ciertamente no el ingreso, ya que la República de Moldova y Armenia, con ingresos de paridad de poder adquisitivo similar al de la India, tienen tasas globales de fecundidad de 1,4 y 1,1, respectivamente. De manera análoga, los obstáculos religiosos tampoco son insuperables, con la fecundidad en las católicas Italia y España en poco más de la mitad del nivel de reemplazo y en África del Norte, musulmana, en descenso continuo. El análisis de umbral está algo desacreditado, pero existe una importante correlación entre niveles bajos de fecundidad e ingresos per cápita altos, mortalidad infantil baja, alto grado de instrucción y empleo de la mujer, y urbanización. Al emplear estas medidas (paridad de poder adquisitivo por encima de los 2.000 dólares de los EE.UU., mortalidad de niños menores de 5 años por debajo de 75 por mil nacimientos, más del 30% de las niñas matriculadas en la enseñanza secundaria, y más del 40% de urbanización), 13 de los 21 países examinados aquí parecen tener bastantes probabilidades de alcanzar la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo bastante antes de 2050: un grupo de América del Sur (Argentina, Brasil, Colombia) y México, otro de África del Norte (Argelia, Egipto, Marruecos), cinco países asiáticos (Indonesia, República Islámica del Irán, Filipinas, Turquía, Viet Nam) y uno en el África subsahariana (Sudáfrica). Los que tienen menos probabilidades de alcanzar esa fecundidad con arreglo a estos criterios son el Sudán, Nigeria, Kenya, la República Unida de Tanzania, Bangladesh, la India, el Pakistán y Myanmar. Si se añade otro factor: la firme resolución del Gobierno plasmada en un programa eficaz de planificación de la familia, con probabilidad de mantenerse al descender la fecundidad, la India y, tal vez, Bangladesh, podrían pasar al primer grupo. En América Latina, el descenso de la fecundidad puede haberse retrasado por la intervención de la Iglesia Católica, como se demuestra en la Argentina, país con una paridad de poder adquisitivo similar a la de Hungría o la Re-

pública Checa, pero con una tasa global de fecundidad que, durante medio siglo, de 1950 a 2000, bajó sólo de 3,2 a 2,6. No obstante, puede tratarse de una situación paralela, aunque con retraso, a la de Italia, España y Portugal, donde las tasas globales de fecundidad oscilaban entre 2,5 y 2,9 de 1965 a 1970, por encima de las de Europa septentrional y central, pero donde ahora, situadas en una escala de 1,1 a 1,5, son más bajas que las de Europa septentrional. Una fecundidad muy baja puede que ni siquiera requiera que todas las mujeres estén empleadas. El nivel cada vez más alto de educación de los hijos, impulsado por el principio de no ser menos que el vecino, puede ser suficiente. En África, el desarrollo económico sentó las bases del descenso de la fecundidad, pero posteriormente, la fuerza principal responsable de la reducción de la fecundidad parece haber sido el costo de la educación y la atención de la salud de los niños, cuando las economías africanas se encontraron en apuros y los programas de ajuste estructural subsiguientes impusieron el pago de tarifas a los usuarios de esos servicios. Entre la clase urbana selecta de la India, ya no son raras las familias de un solo hijo.

Otros factores pueden ser más importantes, en particular la globalización de los mercados y la sociedad de consumo, la aspiración de dar a todas las niñas una buena educación y la creencia de que las mujeres instruidas deben estar empleadas fuera del hogar. El análisis de los factores determinantes de la bajísima fecundidad de Italia ha dado a estas cuestiones un nuevo enfoque. Se ha sostenido que muchas mujeres no pueden tener éxito en la fuerza laboral en una sociedad patriarcal, donde los maridos ayudan poco con el cuidado de los hijos y otras tareas domésticas, y donde el Estado no interviene para ayudar con guarderías o disposiciones laborales que no penalicen a la mujer por ausentarse de la fuerza laboral mientras tiene hijos pequeños. También se ha sostenido que los hombres son condicionados por sus madres para no ayudar en el hogar durante el largo período en que viven en el hogar paterno hasta que se casan, por término medio, cuando tienen casi 30 años. Esta actitud se ha comparado con la de los supuestamente más serviciales maridos de Europa septentrional y los Estados Unidos y de los gobiernos más dispuestos a ayudar de Europa central y septentrional. La ironía de esta comparación es que el modelo mediterráneo patriarcal es mucho más común en el mundo que el modelo de Europa septentrional y es característico de América Latina, África del Norte, el África subsahariana, Asia occidental, Asia meridional y Asia oriental. Si los análisis de la situación italiana son correctos, la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo puede ser la norma en la mayor parte del mundo para 2050.

Mi impresión de la *Revisión de 2000* es que es, generalmente correcta, salvo en lo que se refiere al nivel mínimo de la proyección media tan generalizado, a una tasa global de fecundidad de 2,1, que no es probable que sea el límite más bajo para la mayoría de los países. Mi interpretación de los datos es que la cautela respecto a Bangladesh estaba justificada, pero que ahora se ha ido demasiado lejos al calcular cuándo alcanzará la fecundidad de reemplazo. También sospecho que la fecundidad media de reemplazo se alcanzará antes de lo que postula la *Revisión de 2000* en los casos de la Argentina, Colombia y México y, posiblemente, Sudáfrica y el Pakistán.

Pero, como he dicho anteriormente, la situación puede cambiar por completo si en Europa se imponen actitudes y políticas decididamente favorables a la natalidad.

CONCLUSIONES

¿Se dirigirá el mundo entero hacia la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo? La experiencia de sociedades tan distintas de las occidentales como el Japón y la República de Corea parece indicar que así será. Casi la mitad del mundo está llegando a un acuerdo de que se necesitan niveles de educación cada vez más altos, que las mujeres deben tener las mismas oportunidades de educación que los hombres y que las mujeres instruidas deben incorporarse a la fuerza laboral si éste es su deseo, como parece serlo en la mayor parte de los casos. Tanto China como la India es probable que mantengan los programas de planificación de la familia, incluso tras haber alcanzado una fecundidad

por debajo del nivel de reemplazo, y ambos países serán probablemente optimistas en cuanto a algún posible descenso del tamaño de la población. Nada de esto impedirá que la población mundial alcance la cifra de 8.900 ó 10.000 millones, pero contribuirá al logro final de un nivel estacionario o decreciente.

El aspecto más doloroso del comportamiento demográfico del mundo en el futuro será, probablemente, la migración internacional. Este fenómeno ha estado limitado hasta ahora por el hecho de que gran parte de la población mundial era analfabeta y rural y practicaba la agricultura de subsistencia. Estas personas, por lo general, no desean abandonar su hogar, sobre todo para ir a sociedades muy distintas, donde saben que tendrían muchas dificultades en adaptarse a la inevitable transición social y psicológica. La globalización económica y social y la difusión de la educación han cambiado esta postura de manera radical y, hasta que el mundo en desarrollo se desarrolle, nos encontraremos con la triste situación de que la presión de los migrantes, tanto legales como ilegales, para entrar en los países ricos superará con creces al número que esos países están dispuestos a admitir. Las medidas adoptadas por los países ricos para frenar el flujo de inmigrantes amenazan cambiar el carácter de esas sociedades y promover el racismo. Los países de asentamiento aceptarán ciertamente suficientes inmigrantes para sostener el crecimiento demográfico. La reacción en Europa es menos segura. En los países europeos, donde la población autóctona está disminuyendo, una corriente importante de inmigrantes sostendría sin duda los números, pero cuanto más rápido descendiera el número de individuos autóctonos, mayor sería el efecto de dilución étnica de la inmigración.

Los demógrafos tienen otro trabajo más ordinario que hacer en sectores importantes, pero menos cargados políticamente, como el cambio de morbilidad y mortalidad y la migración interna y la urbanización. Los dos no son totalmente independientes, ya que el crecimiento de ciudades gigantescas en países pobres plantea cuestiones de salud del pobre que se deben responder mediante una encuesta cuantitativa para dar una orientación a las medidas correctivas. Incluso en los países desarrollados existe un creciente interés en las diferencias de salud por clase social, grado de instrucción y entorno residencial, e indudablemente se producirá un aumento de la demanda de dichos datos. También se necesitan trabajos especializados para determinadas crisis, como delinear y medir el efecto de la epidemia del SIDA. La urbanización del mundo es un fenómeno extraordinario, de una población urbana de poco más de una tercera parte de la raza humana en 1970, a cerca de dos terceras partes en 2025 y, tal vez, al 80% no mucho después de la mitad del siglo XXI. Estamos siguiendo de cerca ese crecimiento, pero estamos haciendo poco por esclarecer su índole y sus efectos.

La tarea inmediata es mantener algunas de las actitudes, políticas y gastos que hasta ahora han sostenido el descenso de la fecundidad en el mundo en desarrollo. De no ser posible, se podría alcanzar un crecimiento de población lento o estacionario no con 8.000 millones de habitantes, sino con 9.000, 10.000, 11.000 ó 12.000 millones. Las diferencias de sostenibilidad ambiental a largo plazo podrían ser enormes. Es fácil que se alcancen las cifras más bajas si los países desarrollados no se obsesionan demasiado con sus propias perspectivas de reducción de la población en los próximos dos o tres decenios. La preocupación menor es que la asistencia técnica para programas de planificación de la familia continúe disminuyendo si el descenso de población se convierte en una cuestión de política obsesiva. La mayor preocupación es que es probable que el mundo entero siga las nuevas políticas y estrategias adoptadas para estabilizar los números de población en los países con fecundidad baja, incluso en los países con fecundidad moderadamente alta.

Hubo un tiempo en que concebíamos el fin de la transición demográfica como una población estacionaria de alrededor de 10.000 millones. En fechas más recientes hemos pensado en un máximo de población seguido de un largo período de, tal vez, descenso acelerado. Éste podría no ser un mal resultado. Ahora existe una posibilidad real de que las medidas destinadas a detener el descenso demográfico tengan un efecto mundial en la segunda mitad del siglo XXI, que conducirá a un continuo crecimiento modesto de

la población o a una población sujeta a oscilaciones resultantes del cambio de políticas e ideologías. A largo plazo, mucho depende de las ideologías y pruebas ambientales.

Los problemas de población, los profesionales y los cursos universitarios en demografía no es probable que desaparezcan. Sólo si se llegara a una estasis demográfica, pero eso cada vez parece menos probable.

BIBLIOGRAFÍA

Caldwell, John C., y Pat Caldwell (1986). *Limiting Population Growth, and the Ford Foundation Contribution*. Londres: Frances Pinter.

Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson y Sergei Scherbov (2001). The end of world population growth. *Nature*, vol. 412, No. 2 (agosto), págs. 543-546.

Naciones Unidas (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).

Naciones Unidas (2001b). *Estado de la Población Mundial 2000* (Hoja de datos). Nueva York.

Las repercusiones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994

Jason L. Finkle*

El propósito original del presente documento era evaluar el efecto de la Conferencia de El Cairo en un grupo de países que la División de Población de las Naciones Unidas define como “Países con fecundidad intermedia”. Como podrán comprobar, me he tomado la libertad de formular la cuestión en términos que puedo manejar con más facilidad. Así, en vez de tratar de señalar y medir el “efecto Cairo” en las tendencias de la fecundidad, en este documento considero las dinámicas políticas y las modalidades de influencia que dieron forma y fondo a El Cairo. No obstante, no deberíamos considerar a El Cairo como una reunión breve que tuvo lugar en Egipto en septiembre de 1994, sino más bien como un proceso que empezó en alguna fecha anterior a la conferencia, imposible de precisar, cuando diversos actores empezaron a pensar y a discutir cómo podría la conferencia promover sus intereses o, en otros casos, cómo evitar que la conferencia perjudicase a sus intereses. En el plan conceptual del presente documento, el proceso de la conferencia no termina al levantarse la sesión, sino que continúa durante años después, mientras grupos y gobiernos se esfuerzan por ajustarse, o a veces hacen oídos sordos, al Programa de Acción de El Cairo. Lo que ha dado ímpetu a gran parte de las maniobras burocráticas y diplomáticas después de El Cairo ha sido la formidable tarea de influir en los signatarios del documento para que observen sus recomendaciones.

Las conferencias de población son poco menos que una fiesta móvil, que permite a todos los países elegir su plato favorito y rechazar otras ofertas que encuentran poco atractivas o incluso ofensivas. Esta descripción se aplica a las tres conferencias intergubernamentales de población convocadas por las Naciones Unidas, Bucarest en 1974, México en 1984 y El Cairo en 1994. En la Conferencia de Bucarest, primera conferencia importante de población de la era moderna, delegaciones del Tercer Mundo, los países occidentales industriales, la Santa Sede y el bloque comunista encontraron en la serie final de recomendaciones motivo para clamar victoria para su programa. También se clamó victoria porque se impidió que el documento de la conferencia adoptara posturas tan radicales como deseaba uno u otro grupo. Ésta ha sido la norma de las tres principales conferencias de población. En muchos aspectos, Bucarest estableció una norma que se ha mantenido, mas o menos, en conferencias de población subsiguientes.

Lo que a veces se pasa por alto es que, antes de la primera conferencia intergubernamental sobre la población, de Bucarest, se habían celebrado dos conferencias sobre el mismo tema, una en Roma, en 1954, y otra en Belgrado, en 1965, convocadas conjuntamente por las Naciones Unidas y la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Los delegados a estas conferencias constituían una comunidad epistemológica, una comunidad de expertos que compartían determinadas características, como competencia, perspectiva, formación académica, valores científicos, etc. A diferencia de posteriores conferencias sobre la población de las Naciones Unidas, los participantes en las reuniones de Roma y Belgrado estaban invitados en su calidad personal de expertos y no

* Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos de América.

como representantes de gobiernos u organizaciones. No estaban autorizados ni se sentían inclinados a hacer “compromisos” en nombre de sus gobiernos, más bien, su propósito era discutir ideas científicas y problemas más generales relativos a la población así como alentar la investigación y formación en materia de población en el Tercer Mundo.

Pese a su valor intelectual, estas reuniones de expertos no estuvieron a la altura de las necesidades y expectativas del grupo de países a los que preocupaban, cuando no alarmaban, las tasas sin precedentes de crecimiento de población del mundo en desarrollo. Los Estados Unidos, que se había opuesto siempre al uso por cualquier proyecto gubernamental de fondos públicos estadounidenses para limitar el crecimiento de población, cambió su postura a mediados del decenio de 1960 y se convirtió en el más ardiente abogado del control de población, en respuesta a la creencia cada vez más extendida de que el rápido crecimiento de población era un obstáculo al desarrollo, y al hecho de que ya se disponía de tecnologías anticonceptivas para limitar la fecundidad. En 1967, impulsada por una contribución voluntaria de los Estados Unidos de varios millones de dólares, las Naciones Unidas también se mostraron dispuestas a desempeñar una función más militante y establecieron el Fondo de Población de las Naciones Unidas para ayudar a los países a alcanzar sus metas de población.

Con estos cambios, el centro de atención de las conferencias sobre la población de las Naciones Unidas se desplazó de los conocimientos a la normativa. Para los gobiernos donantes y los militantes de la causa de la población, el principal objetivo de esas conferencias era dirigir la atención de los gobiernos a los problemas de la población y alentarlos y ayudarlos a reducir sus tasas de natalidad. Las conferencias se hicieron intergubernamentales y los participantes eran una mezcla de funcionarios del Estado, académicos, políticos y representantes del gobierno y la sociedad civil que habían sido seleccionados por sus gobiernos.

Frustrados por lo que consideraban ineficacia burocrática y una gestión de la cosa pública generalmente deficiente, los países donantes recurrieron al sector privado y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) para el suministro de bienes y servicios a los ciudadanos. Mientras los donantes y los organismos internacionales sostienen que la función de la sociedad civil es servir de complemento a la labor del gobierno, otros, en particular muchos funcionarios del Tercer Mundo, consideran el apoyo externo de las ONG no simplemente como un complemento del gobierno, sino como el establecimiento de un gobierno alterno.

La tesis principal que presento es que las conferencias sobre la población de las Naciones Unidas han atravesado tres etapas. Primero, las reuniones epistemológicas, a las que los expertos eran invitados a asistir en su calidad de tales y eran principalmente, aunque no exclusivamente, responsables ante sus colegas, expertos como ellos. Segundo, en un intento de ejercer más influencia en la política de población nacional, las Naciones Unidas, alentadas por los Estados Unidos y otros países industriales, sustituyeron la “reunión de expertos” por una reunión de gobiernos. El Cairo y los acontecimientos que precedieron y siguieron a ésta, la más famosa de todas las conferencias de población, representan la tercera etapa de la evolución de las conferencias sobre la población de las Naciones Unidas.

Las principales fuerzas del movimiento de la población han tratado de usar las conferencias sobre la población de cuña para alterar políticas y comportamientos en sociedades de fecundidad alta. Para lograr su objetivo, se han visto obligados a ampliar la base de formuladores de política en las conferencias, involucrar a expertos, a sus gobiernos y, por fin, a las organizaciones no gubernamentales. Al permitir la ampliación de la base de participantes, y al mostrar los recién llegados menos interés por las cuestiones demográficas y el cambio de población, pudieron afectar los resultados de la conferencia de manera más acorde con sus intereses.

Aunque El Cairo, como Bucarest y México, era una conferencia intergubernamental, las ONG tuvieron un papel mucho más destacado, activo e influyente que en conferencias anteriores. No sólo habían las ONG establecido una red transnacional de

defensa de distintas causas de reconocido prestigio, sino que también cuando se celebró la conferencia de El Cairo, los principales países donantes dependían de las ONG, que encontraron más abiertas las puertas a su participación en las conferencias. Aunque no hubo cambios de importancia en los trámites oficiales de preparación de la conferencia de El Cairo, sí hubo cambios a comienzos del decenio de 1990, que permitieron a gran número de las ONG obtener acreditación y participar ampliamente en la elaboración del Programa de Acción. El proceso de El Cairo estuvo influido por la participación de una amplia coalición de más de 1.500 ONG, cuyos intereses abarcaban desarrollo, salud genésica y de las adolescentes, derechos y potenciación de la mujer, violencia contra la mujer, mutilación genital femenina, derechos de las poblaciones indígenas y planificación de la familia, pero prestó escasa atención a los determinantes o las consecuencias del crecimiento de población.

La participación masiva de las ONG en El Cairo así como en otras muchas conferencias de las Naciones Unidas en el decenio de 1990, se ha reconocido ahora como una nueva y distinta forma de formulación de políticas y normas transnacionales (Wapner, 1995; Clark, Friedman y Hochstetler, 1998; Keck y Sikkink, 1998). Durante los preparativos de una serie de conferencias celebradas en el decenio de 1990, varios grupos de mujeres —entonces, red transnacional de defensa de diversas causas— vieron una oportunidad de asegurar que sus intereses especiales respecto a derechos y salud de la mujer recibieran el fuerte respaldo de cada una de las conferencias. Mucho antes de la conferencia de El Cairo, según numerosos miembros de grupos de derechos de la mujer, se planeó una estrategia para presentar su mensaje a la serie completa de conferencias, en una forma que les permitiera cosechar una victoria tras otra. El éxito de este plan se debía a que los grupos de mujeres se percataron de que, en el decenio de 1990, las ONG mantenían entre sí un contacto más estrecho a través de las fronteras y que las conferencias de las Naciones Unidas ofrecían un ambiente más favorable a las ONG que en el pasado.

Mientras los dirigentes del movimiento de población buscaban medios de utilizar la maquinaria de las conferencias intergubernamentales para solidificar el compromiso de los estados miembros de adoptar políticas de población, descubrieron que la iniciativa estaba pasando a manos de los países a los que estaban tratando de influir. Al desplazarse el centro de formulación de política internacional del Imperio occidental a un más universal, imprevisible y a veces caótico conjunto de países de nuevo cuño, la prensa, las ONG y otros grupos de interés, se produjo un movimiento concomitante en el planteamiento de las reuniones. No sólo quedaron sofocadas las inquietudes neomaltusianas bajo el clamor de los países pobres por un nuevo orden económico internacional que aliviase su pobreza, sino que el neomaltusianismo mismo empezó a perder adeptos en el Oeste.

Lo que también hemos presenciado ha sido una situación paradójica que, en un momento en que varias conferencias de las Naciones Unidas, incluidas las de población, parecen haberse convertido en parte integrante del sistema internacional, hay pruebas de un contraataque a la creciente importancia del papel de las conferencias en la formulación de política. En contra de una opinión muy extendida, el contraataque no se explica satisfactoriamente como hostilidad al programa de El Cairo. Hay quienes son favorables a la esencia de El Cairo, pero se oponen a la idea de que una conferencia internacional formule políticas sociales para sus propios países; ven esto como una intrusión externa en la política nacional. De hecho, se oponen a las violaciones de la competencia del Estado.

La dificultades y complejidades que plantea la evaluación del efecto de la Conferencia de El Cairo en las políticas públicas de los gobiernos miembros de las Naciones Unidas queda ilustrada —no exagerada— de manera vívida en el siguiente relato, basado en una experiencia que tuvimos Jack Kantner y yo mientras realizábamos investigaciones en la India. Sucedió varios años después de El Cairo, cuyo Programa de Acción condenaba el uso de metas en los programas de planificación de la familia porque conducían a la coerción. Uno de los primeros países en cambiar sus políticas para estar en conformidad con determinadas disposiciones del Programa de Acción de El Cairo fue la India, segunda nación del mundo por población. Los comunicados de prensa y los periódicos anunciaron que

la India, en cumplimiento de las recomendaciones de El Cairo, había prohibido el uso de metas en su programa de planificación de la familia. Meses después de haberse anunciado esta prohibición, el Dr. Kanter y yo recibimos un ejemplar de la recién aprobada política de población para el estado de Andhra Pradesh, estado de la India sudoriental con una población de más de 66 millones. Al leer el documento, vimos que contenía metas de planificación de la familia de varios tipos. Era obvio que las metas no tenían la misma calidad negativa a los ojos de las autoridades estatales de la India que a los de los delegados a la Conferencia de El Cairo. Era igualmente cierto que los funcionarios de planificación de la familia defendían el uso de las metas como instrumento eficaz de gestión.

Lo que he descrito es una situación donde una conferencia de población de las Naciones Unidas, en la que la India estaba representada, votó a favor de apoyar la adopción de una recomendación de que todos los gobiernos prohibiesen el uso de metas de planificación de la familia. Las ONG indias en particular las que trabajan en pro de la salud y los derechos de la mujer, parecían haber estado presentes y activas durante todo el proceso. El Gobierno de la India respondió a la declaración de El Cairo así como a otras presiones nacionales con la declaración del fin de las metas en los programas de planificación de la familia. Sin embargo, las metas se incluyeron en la política de población del estado de Andhra Pradesh. Este hecho pone de relieve las dificultades de poner en práctica la política mundial en el terreno. El cumplimiento retórico o las declaraciones de dirigentes nacionales puede contribuir a un cambio de política. No obstante, con arreglo al régimen federal de la India, la salud y la planificación de la familia no son competencia del gobierno central de Nueva Delhi. Son competencia de los estados.

El Programa de Acción de El Cairo constaba de una serie de recomendaciones a las que tendrían que atenerse los gobiernos. Algunas de estas recomendaciones son una expresión de ideales y de un concepto de un mundo más justo y equitativo. Otras, detallaban medidas que los gobiernos podían adoptar fácilmente para dar cumplimiento al programa de El Cairo. Como dice el refrán, el diablo está en los detalles. Dado que es prácticamente imposible que ningún gobierno, en particular los de países en desarrollo, pongan en práctica la totalidad del programa de El Cairo simultáneamente, ¿cuáles deberían ser las cuestiones de máxima urgencia y cómo deberían ajustarse para tener en cuenta los distintos regímenes sociales, de salud, educación y demás factores que contribuyen a la diversidad? Por supuesto, éstas son las cuestiones que los gobiernos nacionales se debaten por resolver. En algunos países, la tarea es punto menos que abrumadora.

Al igual que el llamamiento emitido en Bucarest, independientemente del lenguaje oficial de la conferencia, había sido a favor de la introducción de cambios básicos en el régimen económico mundial, en El Cairo también se envió un mensaje que derogaba casi todas las demás disposiciones del Programa de Acción. En el Capítulo IV del Programa de Acción de El Cairo, titulado "Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer", se estipula que la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Esas palabras, junto con la promoción de la salud y los derechos reproductivos, se interpretaron como el mensaje central de El Cairo por la mayor parte de los participantes en la conferencia y las ONG. Perdida en la confusión y el entusiasmo por el programa de El Cairo quedó la preocupación por el tamaño y el crecimiento de población, cuestiones que los demógrafos y otros especialistas en población todavía consideran de gran interés. Como han demostrado de manera convincente las Naciones Unidas en sus proyecciones, el crecimiento de la población mundial no está a punto de terminar, pese a haberse estabilizado o haber descendido en una minoría de países. Asia meridional y África garantizan la continuación del crecimiento de población hasta bien avanzado este siglo.

Sería demasiado esperar que las conferencias dictasen políticas de población. Si usamos la adopción y ejecución de programas respaldados por El Cairo como criterios para evaluar el efecto de El Cairo, los resultados, de momento, sencillamente, no están claros. Numerosos estudios se han ocupado del efecto o falta de efecto de El Cairo. Al leer los in-

formes del Banco Mundial y otros informes de las Naciones Unidas, los números me dicen que la escolarización femenina va en alza, la esperanza de vida de la mujer está aumentando y la mortalidad infantil disminuye. Estas tendencias, todas ellas favorables y acordes con las recomendaciones de El Cairo, también han sido favorables desde los decenios de 1950 y 1960. No se han producido cambios visibles en las tendencias desde El Cairo.

Las conferencias demuestran que las cuestiones de población y demografía no ocupan un lugar preeminente en el orden de valores de los países. Sospecho que tanto los defensores como los detractores de El Cairo con frecuencia han estado mirando a los indicadores equivocados. A juicio de muchos, tanto partidarios como críticos, El Cairo estableció un vasto programa social y pidió al mundo que lo tuvieran en cuenta. Más importante que los cambios programáticos concretos que propugnaba El Cairo es la demanda clara y sin reservas de que la mujer participe e intervenga en pie de igualdad con el hombre en todas las fases de la vida. Es decir, era una demanda de igualdad, un reconocimiento de las necesidades esenciales así como de las desventajas comparativas de la mujer en el momento actual.

No necesitamos que nos recuerden que El Cairo no era una reunión de ejecutivos empresariales que estaban elaborando una estrategia y un plan para aumentar los beneficios. El Cairo, junto con sus faltas y defectos, era una reunión en la que se expresaron los ideales de gran número de personas, tanto hombres como mujeres. Las conferencias internacionales no determinan, mucho menos imponen, el comportamiento de los estados. Pero sí pueden presentar ideas y recomendaciones a todos los países, en un intento de formular un conjunto de normas que, con el tiempo, sean adoptadas por individuos y gobiernos de todo el mundo. El establecimiento de un régimen internacional es un proceso lento y penoso, como demuestran las dificultades con que se tropiezan quienes tratan de controlar la proliferación nuclear o la contaminación atmosférica. En cuanto al efecto negativo de El Cairo, tengo una objeción importante, los objetivos de El Cairo no se promovieron de ningún modo por usar una conferencia de población para luchar por los derechos de la mujer. La conferencia de Beijing sobre la mujer fue el campo de batalla apropiado para la lucha por la igualdad de género, aun cuando haya quienes sostengan que Beijing no hubiera sido posible sin El Cairo.

Hay una ironía especial en la denigración de los planificadores de la familia, que se difundió por los corredores de la Conferencia de El Cairo y ha pasado a formar parte de la imagen de muchos grupos de promoción de los derechos de la mujer. Por lo que pude observar, los planificadores de familia eran en su mayoría pediatras, enfermeros, médicos de cabecera y trabajadores sociales. No tenían nada que ver con la imagen de un encargado de controlar la población, con una idea fija, decidido a impedir nacimientos de cualquier modo o por cualquier método. Como especialista en ciencias políticas, reconozco las ventajas conseguidas por un movimiento social o grupo de promoción de causas sociales cuando pueden forjar una unidad mayor frente a un enemigo común. Sin embargo, como sociólogo, me resulta desagradable presentar una caricatura de los planificadores de la familia, lo mismo que me resulta desagradable caracterizar a las feministas o a quienes luchan contra el aborto.

En mi "defensa" de los planificadores de la familia he recogido el reto de una funcionaria muy sagaz de las Naciones Unidas. Señala que a ella, estas personas le parecían gente decente, genuinamente interesada en los hombres y mujeres a los que tratan de prestar servicios. Dijo que no era a la gente de este nivel a la que se debería culpar, sino a los altos funcionarios de agencias que establecen políticas y desembolsan fondos. Creo que algo de lo que dijo, aunque no todo, tiene sentido. Los altos funcionarios de las agencias internacionales de asistencia partieron del supuesto de que el crecimiento de población rápido era perjudicial para el desarrollo y que, si se pudiera reducir la tasa de crecimiento de población, el crecimiento económico se beneficiaría. El crecimiento sería beneficioso tanto para el país como para el individuo. En una palabra, defendían un planteamiento de desarrollo, un planteamiento que había recibido el respaldo y apoyo de gobiernos nacionales, agencias bilaterales y organizaciones multilaterales.

En El Cairo se estableció un distinto modelo, o paradigma si lo prefieren. El centro de atención se desplazaría de la sociedad, o país o comunidad, al individuo, en particular a la mujer. Las actividades de población estarían dirigidas a la salud genésica de la mujer, los derechos y la situación de la mujer y la habilitación de la mujer. El aspecto radical de ese nuevo paradigma no eran los derechos o la situación de la mujer, sino la firme demanda de que la asistencia a la población y los programas de planificación de la familia no empezaran con un interés por la sociedad, sino que su objetivo fuera el beneficio del individuo. Básicamente, el propósito cambió del desarrollo al bienestar. Fue un cambio del macro al micro enfoque.

Que los esfuerzos en pro del bienestar reporten o no mayores ventajas es problemático. Sabemos que los países donantes no han alcanzado las metas financieras establecidas en El Cairo; los países en desarrollo no han aceptado El Cairo plenamente. Al programa de El Cairo se le ha dado más acatamiento retórico que apoyo programático. Lo que tal vez estemos viendo es que el desarrollo, las preocupaciones sociales y un macro enfoque encuentran más apoyo entre los donantes de ayuda y los gobiernos de los países en desarrollo que una política orientada al bienestar individual y un micro enfoque. También puede ser que estemos aprendiendo que un navío de desarrollo y planificación de la familia tiene más capacidad para llevar como parte de su carga la salud genésica que a la inversa. Lo que acabo de decir no es algo que considere como una receta normativa. Surge de un antiguo compromiso con el desarrollo así como de un serio interés en las conferencias de las Naciones Unidas como instrumento de cambio social y desarrollo.

En los últimos días he oído y leído numerosas referencias al desatino del Club de Roma y sus profetas, a los gritos de alarma de Paul Erlich y los hermanos Paddock. Al oír recitar las faltas de aquellos cuya defensa de causas sociales suplantó a su erudición, me recuerdo también de aquellos que, hace más de un cuarto de siglo, proclamaron el fin de la explosión de población. ¿Cuántos miles de millones de personas se han añadido al mundo desde que se proclamó “el fin”?

BIBLIOGRAFÍA

- Clarck, Ann Marie, Elizabeth J. Friedman y Kathryn Hochstetler (1998). “The Sovereign limits of global civil society: A comparison of NGO participation in United Nations world conferences on the environment, human rights, and women”. *World Politics*, vol. 52, No. 1, págs. 1-36.
- Keck, Margaret D., y Kathryn Sikkink (1998). *Activists Beyond Borders: Transnational Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wapner, Paul (1995). “Politics beyond the state: Environmentalism activism, and world civic politics”. *World Politics*, vol. 47 (abril) págs. 311-340.

El papel del financiamiento internacional en la reducción futura de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia

*Steven W. Sinding**

El propósito del presente documento es especular sobre el curso de la fecundidad futura en los “países con fecundidad intermedia” sobre la base de un examen del papel que ha desempeñado el financiamiento externo en los descensos de la fecundidad en el pasado reciente. También confiaba en poder demostrar que el nivel de financiamiento externo ha tenido algún papel en el ritmo al que, hasta la fecha, ha descendido la fecundidad en muchos países y poder sostener, por tanto, que el ritmo y el grado de los descensos futuros pueden estar afectados por el futuro financiamiento externo.

La División de Población de las Naciones Unidas, organizadora de la conferencia para la que se preparó el presente documento, define a los “países con fecundidad intermedia” como aquellos que tienen una tasa global de fecundidad por encima del nivel de reemplazo (2,1) y por debajo de 5,0. Su número actual es de cerca de 74, casi todos situados en las regiones del mundo en desarrollo de Asia, África, Oriente Medio y América Latina.

A continuación, me ocuparé de tres series de parámetros para un subgrupo de 20 países, incluidos muchos de los más grandes de este grupo: el ritmo de descenso de la fecundidad entre los períodos de 1955 a 1960 y de 1995 a 2000; los fondos externos y nacionales asignados a programas de población en 1982, 1986 y 1989¹ y la puntuación por “actividad del programa” de los países en 1999. He tratado de seleccionar un grupo representativo de varias regiones, con apoyo externo de distinta magnitud, y distinto grado de “voluntad política” para reducir la fecundidad. Los países difieren considerablemente en cuanto al grado en que su “ambiente social” ha conducido al descenso de la fecundidad. Siete de los países están en Asia (Bangladesh, India, Indonesia, Malasia, Nepal, Filipinas y Viet Nam), tres en el África subsahariana (Botswana, Ghana y Kenya), seis en América Latina (Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, México y Perú) y cuatro repartidos entre Oriente Medio, Asia occidental y África del Norte (Egipto, República Islámica del Irán, Marruecos y Túnez).

En otros documentos presentados en esta conferencia se examina una amplia gama de determinantes del descenso de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia. Se espera que, en conjunto, ofrezcan una explicación bastante completa de anteriores descensos de la fecundidad así como una guía plausible y apremiante para el futuro. En el presente documento se reconoce que una serie de factores distintos de la política pública y la magnitud del gasto público afectan el curso del cambio de la fecundidad. De hecho, es probable que en la mayor parte de los países, esos otros factores sean considerablemente más importantes que la política o el gasto para explicar el descenso de la fecundidad. Sin embargo, numerosas publicaciones sugieren que el compromiso político y la asignación de recursos financieros pueden tener, y de hecho tienen, una influencia considerable en el calendario y el ritmo de la transición de la fecundidad.

Berelson trazó un marco en el decenio de 1970 que sigue siendo un medio válido de evaluar si la fecundidad descenderá en un país y en qué momento lo hará. Yuxtapuso

* Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nueva York, Estados Unidos de América.

¹ No se disponía de datos por país beneficiario para años siguientes, lo que limita seriamente el análisis.

Cuadro 1

País	Tasa global de fecundidad ^a					Financiamiento externo total ^b		
	1955-1960	1965-1970	1975-1980	1985-1990	1995-2000	1982	1986	1989
Bangladesh	6,90	6,80	5,70	4,80	3,80	36 148	43 311	49 923
Botswana	6,70	6,80	6,37	5,40	4,35	508	283	631
Brasil	6,15	5,38	4,31	2,96	2,27	6 987	7 666	11 973
Colombia	6,76	6,18	4,34	3,17	2,80	5 854	3 571	6 498
Egipto	6,97	6,56	5,27	4,58	3,40	3 943	11 850	16 712
Filipinas	7,13	6,50	5,50	4,55	3,64	19 532	7 697	7 905
Ghana	6,90	6,90	6,90	6,00	4,60	620	1 876	4 772
Guatemala	6,93	6,60	6,40	5,80	4,93	1 826	2 490	5 504
India	5,92	5,69	4,83	4,08	3,32	20 113	23 415	32 401
Indonesia	5,67	5,57	4,73	3,50	2,60	27 307	18 894	13 632
Irán (República Islámica del)	7,00	6,80	6,00	5,60	3,20	0	121	597
Kenya	7,82	8,12	7,90	6,75	4,60	6 957	4 908	20 277
Malasia	6,94	5,94	4,16	4,00	3,26	1 194	2 030	1 458
México	6,96	6,82	5,30	3,61	2,75	11 168	5 555	10 629
Marruecos	7,18	7,09	5,90	4,60	3,40	3 626	5 634	8 642
Nepal	5,76	5,92	5,65	5,31	4,83	6 561	8 525	5 697
Perú	6,85	6,56	5,38	4,00	2,98	2 539	4 452	7 952
República Dominicana	7,40	6,68	4,70	3,61	2,88	1 813	1 139	2 133
Túnez	7,04	6,89	5,69	4,12	2,31	4 649	1 555	3 904
Viet Nam	6,55	7,25	5,89	4,02	2,50	2 368	2 529	10 845

^a Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables*.

^b Miles de dólares de los EE.UU. "Global Population Assistance Report 1982-1989". UNFPA, 1991, cuadro 10.

^c Millones de dólares de los EE.UU. Gasto del Gobierno y del consumidor. Fuente: "Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International".

^d Millones de dólares de los EE.UU. Banco Mundial más ayuda de donantes. Fuente: "Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International".

^e Millones de dólares de los EE.UU. Fuente: "Family Planning Expenditures in 79 Countries: A Current Assessment by Population Action International".

^f Expresado como porcentaje del máximo. Cuadro A.14. Apéndice A. Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs. Por John Ross, John Stover y Amy Willard.

^g Expresado como porcentaje del máximo. Suma de todos los índices, máximo de 120. Cuadro A.14. Apéndice A. Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs. Por John Ross, John Stover y Amy Willard.

^h Diferencia absoluta entre TGF 1985-1990 y TGF 1995-2000.

ⁱ Cambio porcentual entre TGF 1985-1990 y TGF 1995-2000.

lo que llamaba el *ambiente social*—si existen, y en qué grado existen, varias condiciones conducentes al descenso espontáneo de la fecundidad— y el *esfuerzo del programa*, es decir, el grado al que se compromete el gobierno a reducir la fecundidad. Hasta cierto punto, sostuvo Berelson, cada dimensión puede sustituir a la otra: los países con ambientes muy propicios al descenso necesitan mucho menos esfuerzo programático que otros países con ambientes sociales limitados, y los países con ambientes sociales débiles necesitan mucha más voluntad política y esfuerzo programático para lograr descensos de fecundidad equivalentes a los alcanzados por los países más favorecidos desde el punto de vista socioeconómico. La magnitud del financiamiento y la puntuación del esfuerzo del programa se pueden considerar como medida de la voluntad política.

Esperaba poder demostrar que los países con una firme voluntad política y considerable ayuda exterior lograban descensos de la fecundidad más rápidos, en igualdad de circunstancias, que los países en los que uno o ambos factores eran más bajos. Confiaba en que si miraba la puntuación del esfuerzo del programa (Ross y colaboradores, 1999) y los niveles de financiación interna (PAI 1995) como medida de voluntad política, y el

Gasto en la planificación de la familia en 1995			Puntuación del esfuerzo del programa		Cambio en TGF 1985-1990 y TGF 1995-2000		País
Gasto nacional ^c	Financiamiento externo ^d	Total de fondos ^e	Puntuación en políticas ^f	Puntuación general ^g	Diferencia absoluta ^h	Cambio porcentual ⁱ	
35,7	99,7	135,4	69	69	1,00	20,8	Bangladesh
0,4	2,0	2,4	65	66	1,05	19,4	Botswana
125,8	11,6	137,4	43	43	0,69	23,3	Brasil
22,5	6,1	28,6	47	66	0,37	11,7	Colombia
24,7	17,9	42,6	67	59	1,18	25,8	Egipto
10,5	20,4	30,9	65	60	0,91	20,0	Filipinas
2,7	8,6	11,3	65	52	1,40	23,3	Ghana
1,5	10,8	12,3	37	57	0,87	15,0	Guatemala
260,1	100,5	360,6	69	68	0,76	18,6	India
186,2	32,4	218,6	87	84	0,90	25,7	Indonesia
33,3	7,7	41,0	58	61	2,40	42,9	Irán (República Islámica del)
3,5	26,7	30,2	48	56	2,15	31,9	Kenya
17,4	2,1	19,5	54	54	0,74	19,0	Malasia
94,6	13,9	108,5	72	74	0,86	23,8	México
13,8	10,0	23,8	59	63	1,20	26,1	Marruecos
2,3	5,2	7,5	62	51	0,48	9,0	Nepal
3,4	7,8	11,2	58	59	1,02	25,5	Perú
2,3	3,6	5,9	65	67	0,73	20,2	República Dominicana
9,2	8,3	17,5	79	82	1,81	43,9	Túnez
7,7	7,3	15,0	85	67	1,52	37,8	Viet Nam

financiamiento externo (FNUAP), 1982, 1986 y 1989) como factor exógeno (aunque no inconexo), encontraría algunos tipos o indicios de asociación. Lamentablemente, ninguno surgió del análisis. Reproduzco el cuadro bruto y cuatro regresiones para mostrar que no se hallaron asociaciones de ninguna consideración. Los descensos de la fecundidad en los 20 países no están relacionados en ningún modo estadísticamente significativo con ninguna de las variables independientes: “esfuerzo del programa”, financiamiento interno, o financiamiento externo.

¿Por qué tendría que ser así? No creo que la falta de asociación estadística signifique que ni la falta de voluntad política ni el financiamiento externo tuvieran nada que ver con los descensos de la fecundidad que se registraron en esos países. Más bien creo que la relación entre estos factores y el descenso de la fecundidad se confundía con otros factores y que el efecto de la voluntad política y el financiamiento externo quedó más o menos diluido. Los “otros factores” que podrían dar cuenta de la falta de una correlación incluyen, casi con certeza, determinantes de la fecundidad tan poderosos como la educación de la mujer, la mortalidad infantil y en la niñez, la urbanización, el empleo no agrícola de la mujer y la autonomía de la mujer.

Además, sospecho que el procedimiento metodológico que he usado para tratar de identificar el efecto independiente del financiamiento y la política era inadecuado o, tal vez más exactamente, insuficiente. No pude reunir datos que hubieran permitido tomar en cuenta el efecto retardado de esos factores, de manera que los gastos en el momento 1 podrían estar relacionados con los niveles de fecundidad en el momento 2, por ejemplo. John Cleland, en su artículo “Different Pathways to Fertility Decline”, puede haber adoptado un procedimiento mejor. Seleccionó pares de países que, al menos en términos estadísticos, eran muy similares con respecto a una serie de medidas de desarrollo socioeconómico y niveles de fecundidad anteriores a la transición. En cada par (República Popular Democrática de Corea y República de Corea, Filipinas e Indonesia, Colombia y México, Bangladesh y Pakistán), un país experimentaba un descenso considerablemente

más rápido que el otro. Cleland atribuyó las diferencias a la medida en que se producía el cambio de ideas en esas sociedades, así como (y en parte debido) a la calidad y fuerza de sus políticas de población y programas de planificación de la familia.

Si bien este procedimiento carece de la elegancia del análisis de regresión múltiple, es más contextual y apela al sentido común de los observadores informados. Nos ayuda a comprender por qué la fecundidad descendió con mucha más rapidez en Bangladesh que en el Pakistán, en Indonesia que en Filipinas, en la República de Corea que en la República Popular Democrática de Corea. De hecho, creo que en cada caso, es obvio que un firme compromiso del gobierno, manifestado en declaraciones públicas enérgicas de los dirigentes políticos y una importante asignación de recursos presupuestarios internos, y respaldado por el apoyo financiero externo, da cuenta de gran parte de las diferencias observadas en los resultados de la fecundidad.

Los documentos presentados en esta conferencia por Bongaarts y Ross, juntos, responden a muchas de las preguntas sobre la importancia relativa del desarrollo socioeconómico y el esfuerzo del programa para explicar el descenso de la fecundidad. Bongaarts demuestra de manera muy persuasiva que el grado de desarrollo económico sigue siendo un poderoso determinante del nivel al que comienza el descenso de la fecundidad y más tarde se hace más lento, mientras que Ross muestra que el ambiente social y el esfuerzo del programa suelen variar conjuntamente y que el esfuerzo del programa supone una diferencia considerable en el ritmo al que desciende la fecundidad. De hecho, tanto Bongaarts como Ross afirman que los programas de planificación de la familia, al mejorar la eficiencia con la que las parejas pueden evitar embarazos indeseados, han logrado que la fecundidad alcance niveles mucho más bajos y con más rapidez de lo que hubiera sucedido si no existieran. Caldwell presenta el mismo argumento con bastante más contundencia.

Entonces, ¿qué papel tiene el financiamiento externo?, ¿ha tenido algún efecto decisivo y lo tendrá en el futuro? Parte de las razones de la tenue correlación entre el volumen del financiamiento externo y el descenso de la fecundidad es que, con frecuencia, el dinero ha fluído a los países por motivos que, esencialmente, no tienen ninguna relación con su compromiso a la reducción de la fecundidad o al desarrollo. Durante gran parte de la guerra fría, el flujo de dinero se debió a motivos geopolíticos más que de desarrollo, de manera que países con un débil compromiso con el desarrollo o las políticas de población, como el Pakistán, Nepal, Filipinas, el ex Zaire (ahora República Democrática del Congo), Somalia, El Salvador, por nombrar a unos cuantos, recibieron considerables sumas de fondos (incluso, en muchos casos, aparentemente, ayuda para programas de población), pese a su reconocida falta de interés o incapacidad de hacer buen uso de los recursos. En cambio, Bangladesh se ha convertido en el mejor ejemplo de un país que, a fuerza de compromiso político excepcional, respaldado por una generosa ayuda exterior, obtuvo descensos de la fecundidad completamente desproporcionados a lo que su adelanto en los indicadores convencionales de desarrollo hubiera permitido prever. Otros países que han “superado las expectativas”, sobre la base de indicadores del desarrollo, son Kenya, Ghana e Indonesia (en particular en el decenio de 1970), todos ellos importantes beneficiarios de la ayuda exterior.

Estas consideraciones me llevan a concluir que la ayuda exterior no puede sustituir a políticas de desarrollo acertadas, políticas de población y voluntad política, pero, junto con ellas, la ayuda exterior puede acelerar considerablemente el descenso de la fecundidad. Algunos países en los que creo que la ayuda exterior ha acelerado el descenso de la fecundidad, además de los mencionados anteriormente, son la República de Corea, Tailandia, Egipto, Jordania, Túnez, Marruecos, Zimbabwe, Botswana, México, el Brasil, Costa Rica, la República Dominicana, el Ecuador y el Perú. Donde la política de población está incorporada en un conjunto progresivo de políticas de desarrollo y el gobierno puede usar eficientemente la ayuda exterior, esta ayuda puede tener, y ha tenido, una importancia decisiva en el ritmo de descenso de la fecundidad.

Esto me lleva finalmente al futuro y al propósito principal de esta conferencia: ¿producirá el financiamiento externo futuro un descenso de la fecundidad más rápido del que

los demógrafos esperarían de otro modo? Me temo que no; no porque el financiamiento externo no tenga importancia, sino porque sospecho que no habrá tal financiamiento, al menos en cantidades significativas. El historial de la asistencia para el desarrollo a partir del final de la guerra fría ha sido pésimo. Desde 1990, la asistencia oficial para el desarrollo ha permanecido esencialmente al mismo nivel en términos nominales, lo que quiere decir que ha disminuido en términos reales. Durante más de 10 años, la asistencia para el desarrollo ha languidecido, en parte porque, como en los Estados Unidos, el imperativo político ha disminuido, y en parte porque, como en el Japón y Alemania, el malestar económico (en aquél) y las prioridades nacionales en pugna (en éste) han intervenido.

Para colmo, la asistencia para los programas de población ha caído muy por debajo de las metas establecidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. En aquella conferencia se estimó que para el año 2000 se necesitarían 17.000 millones al año de todas las fuentes para poner en práctica la totalidad del Programa de Acción. La realidad es que, como máximo, los países están gastando la mitad de esa cantidad al año. Además, la parte correspondiente a los donantes de los 8.000 a 9.000 millones de dólares que se gastan actualmente, supone no más de, tal vez, 2.000 millones de dólares, muy por debajo de los 5.600 millones que se pedían en El Cairo. Ahora es posible, porque el programa de El Cairo es muy general, que los 17.000 millones representen algo más de lo que se necesitaría si la fecundidad fuera su único objetivo, pero, en realidad, 17.000 millones son una estimación muy moderada y están probablemente dentro del margen de lo que se debería gastar si la única meta fuera “terminar la transición demográfica”. Como señala Caldwell, existen motivos de preocupación por esta merma del apoyo a los programas de población. Además de que el ritmo más lento del descenso de la fecundidad en muchos países con fecundidad intermedia puede atribuirse a la merma de los recursos internacionales disponibles para apoyar los programas de población, existe el hecho muy significativo de que estamos en la era de la mayor cohorte de personas en edad fértil de la historia. Aun en el supuesto de que la fecundidad deseada entre estas personas sea compatible con la fecundidad de reemplazo, o de casi reemplazo, el financiamiento internacional puede ser decisivo en el grado de procreación no planeada o no deseada que se produzca. Dada la magnitud de los números, las consecuencias, incluso de pequeñas diferencias en la fecundidad no deseada, también serán de mucha consideración.

Además del estancamiento del financiamiento en general y la incapacidad de acercarse a las metas de financiamiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, observo, de todas formas, un decaimiento general del interés en el crecimiento de la población como cuestión de interés público internacional, tanto entre los países como entre los organismos internacionales. Los indicios de esta relajación del sentido de urgencia se pueden observar en todas partes: en la ausencia de las metas de la Conferencia de El Cairo en las metas del Milenio; en la falta de mención en la próxima conferencia de Johannesburgo sobre el medio ambiente de la población como importante factor causativo de problemas ambientales; en el aparente consenso de no celebrar otra conferencia intergubernamental decenal sobre la población y el desarrollo en 2004; en la práctica ausencia de consideración de la salud sexual y genésica en los debates dirigidos por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial sobre estrategias y reforma normativa del sector de salud, y en el creciente interés de los medios de información en el envejecimiento y la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, hasta tal punto que la preocupación por el crecimiento de la población ha cedido el paso a las consecuencias del rápido descenso de población y los bajos niveles de fecundidad como tema demográfico principal del discurso político.

Creo que es poco probable que esta tendencia a la pérdida de interés por la alta fecundidad dé marcha atrás y que la ayuda exterior para programas destinados a reducir la fecundidad vuelva a aumentar. Es probable que en los próximos años se vuelva a disponer de financiamiento, tal vez aún más generoso que en el pasado, para promover la reforma del sector de salud y hacer frente a problemas de salud tan acuciantes como el VIH/SIDA. Algunos de estos fondos pueden fortalecer servicios que promueven la salud

sexual y genésica y podrían, en consecuencia, ayudar a reducir la fecundidad no deseada. Pero la falta de un sentido de urgencia con respecto a la alta fecundidad en las altas esferas políticas, en capitales donantes o en la mayoría de los países en desarrollo, me hace pensar que el “movimiento de población, tal como ha existido desde los años 60, puede estar llegando a su fin. Así pues, si la ayuda exterior ha sido alguna vez un factor importante en la promoción del rápido descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en la mayor parte del mundo en desarrollo en los últimos cuatro decenios, parece muy improbable que lo vuelva a ser en el futuro previsible. Mucho más importante que la ayuda exterior serán los recursos nacionales y una continuación de la tendencia mundial hacia una norma de familias pequeñas que el movimiento de población ayudó a estimular en los años 60 y 70, y que ahora parece estar en evidencia prácticamente en todas partes.

Examen de los cambios de la situación de la mujer y el género como variables predictivas de cuestiones de cambio de fecundidad en países con fecundidad intermedia

*María E. Cosío-Zavala**

La Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, se concentró en el estudio del papel de la habilitación de la mujer en el comportamiento con respecto a la procreación. No obstante, no existe acuerdo total sobre cómo se debe definir y medir este concepto (Presser, 1997; Mason, 1997; Mason y Smith, 2000; Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001). Dado que la autoridad de la mujer se puede medir de distintas formas, lo mismo que las actitudes o prácticas reproductivas, los resultados de estudios empíricos son distintos según los indicadores usados. Este hecho fue señalado por Kritz y Makinwa-Adebusoye en su discusión de un artículo de Mason y Smith (Mason y Smith, 2000).

Este debate se debe vincular al debate general sobre las causas y tendencias del descenso de la fecundidad en los países en desarrollo. En el presente documento, proponemos la introducción de una perspectiva de género para explicar las transiciones de la fecundidad, como punto de vista teórico que se ha omitido en el debate. Las relaciones de género tienen una función importante en el comportamiento de la fecundidad, proceso crítico que se ha pasado por alto en la explicación de las transiciones de la fecundidad. También presentamos algunas conclusiones empíricas sobre países grandes con fecundidad intermedia, como Nigeria, México y la India.

LA EXPLICACIÓN DE LAS TRANSICIONES DE LA FECUNDIDAD

Estudios empíricos han demostrado que, en muchos casos, las transiciones de la fecundidad difieren marcadamente de lo que se podría esperar y que están sujetas a grandes variaciones de ritmo y calendario. La relación entre desarrollo y fecundidad es compleja y se han propuesto muchos marcos teóricos para explicarla, aunque “no existe un consenso en torno a otra teoría que sustituya a la de la transición demográfica” (Hirschman, 1994).

En el transcurso de los últimos cuatro decenios se han observado rápidas transiciones de la fecundidad en los países en desarrollo de Asia, África del Norte y América Latina. Las causas de estas tendencias se han explicado con distintas teorías; en primer lugar, con la declaración clásica de la teoría de la transición demográfica de F. Notestein (1945), que relaciona la reducción de la fecundidad con la modernización, urbanización, industrialización, educación, etc. Se ha entablado un debate basado en una intensa investigación empírica y se ha declarado que el descenso de la fecundidad comenzó en niveles muy distintos de desarrollo. El vínculo entre indicadores de desarrollo y fecundidad no se ha podido demostrar con los datos existentes en los países en desarrollo (Cleland y Wilson, 1987), aun cuando “la ma-

* Universidad de París X-Nanterre, CREDAL, París, Francia.

- 1 Las mujeres entrevistadas tuvieron que responder a una serie de preguntas sobre su autonomía y autoridad en el hogar. De estas respuestas se han seleccionado cinco dimensiones de autonomía y se han establecido índices para cada una de ellas:
- i) adopción de decisiones económicas; ii) movilidad; iii) libertad de amenazas del marido; iv) acceso a recursos económicos, y v) control de recursos económicos.

Autoridad de tomar decisiones económicas: se representa por la información sobre la participación de la mujer en tres decisiones económicas: la compra de alimentos, enseres principales del hogar y joyas. El índice suma el número de estas tres compras en las que participa la mujer, a las que asigna una puntuación de 1 si ella sólo participa en la decisión y 2 si su opinión es la que más pesa en la decisión. El índice varía, por tanto, de 0 a 6.

Movilidad: el índice de movilidad suma el número de cinco lugares —el centro de salud, el centro comunitario, el hogar de un pariente o amigo, una feria y el pueblo vecino— a los que la mujer puede ir sin estar acompañada. El índice varía de 0 si la mujer tiene que ir acompañada a cada lugar a 5 si puede ir sola a cada lugar.

Libertad de amenazas: el índice de libertad de amenazas varía de 0 a 3: 0 se asigna si la mujer teme a su marido y es golpeada por él; 1 si es golpeada, pero no teme a su marido; 2 si teme al marido pero no es golpeada, y 3 si no teme al marido ni es golpeada por él.

Acceso a recursos económicos: el índice de acceso a recursos económicos suma las respuestas a cuatro preguntas respecto a: a) tener voz en cuanto a la manera en que se gasta el ingreso de la familia; b) tener dinero para gastar; c) poder comprar pequeños artículos de joyería; y d) poder comprar regalos. El índice varía de 0 a 4.

oría de los analistas contemporáneos aceptan que el desarrollo es una de las fuerzas que impulsan la transición de la fecundidad, pero debaten vigorosamente las variables precisas y los procesos que intervienen en ella” (Bongaarts y Watkins, 1996). Los factores institucionales introducidos por McNicoll (1981) pudieron explicar algunas de las diferencias de ritmo y calendario de muchas transiciones de la fecundidad, por ejemplo, en el caso de China rural. Los argumentos del importante papel de los programas de planificación de la familia y la disponibilidad de servicios estatales en la aceleración del ritmo del cambio reproductivo, por ejemplo, en Bangladesh (Robinson, 2001; Cleland y otros, 1994) y el papel del grado de desarrollo social —en particular, el grado de instrucción y las características de salud reflejadas en la esperanza de vida— también se han mencionado como factores que han contribuido a la transición en zonas de desarrollo (Caldwell, 1982). Estos indicadores tienen un fuerte efecto predictivo, pero además, y afines al desarrollo social, existen distintos regímenes familiares y jerarquías de género que pueden explicar diferencias de comportamiento con respecto a la procreación (Malhotra y otros, 1995; Dyson y Moore, 1983; Jejeebhoy, 2001; Kazi y Sathar, 2001; Visaria, 1996; Kabeer, 1985). Si se usan datos de niveles individuales, se pregunta a hombres y mujeres sobre sus relaciones y se usan análisis de los regímenes de género preponderantes en cada contexto (Malhotra y otros, 1995; Dyson y Moore, 1983; Miller, 1997), se llega a una comprensión mucho más amplia.

Las teorías microeconómicas de Gary Becker (1972), Easterlin (1978) y Caldwell (1982) introdujeron el papel central de los modelos de adopción de decisiones individuales y el vínculo entre generaciones. El análisis del comportamiento individual demostró ser pertinente para la comprensión de las decisiones sobre fecundidad. En 1973, A. J. Coale resumió las conclusiones del proyecto “La transición de la fecundidad en Europa” de Princeton, al establecer tres condiciones previas para la adaptación a un nuevo modo de comportamiento: *presteza, disposición y capacidad*. La idea de “presteza” se refiere a las ventajas del actor, es decir, la evaluación microeconómica de costo-beneficio de las ventajas de reducir la fecundidad en el plano familiar o individual. La “disposición” se refiere a la aceptabilidad normativa y la legitimidad del nuevo comportamiento. La capacidad se refiere a la accesibilidad de esas innovaciones. Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999) presentaron este modelo como RWA (de las siglas en inglés de *presteza, disposición y capacidad* (“readiness”, “willingness” y “ability”)), teoría completa que permite la integración de paradigmas económicos y no económicos de transiciones a nuevas formas de comportamiento y evita el estéril debate de “economía frente a cultura”.

INTRODUCCIÓN A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Harriet Presser puso de relieve en 1997 la falta de análisis de los sistemas de género de que adolecía la mayor parte de las investigaciones demográficas e hizo una advertencia sobre la importancia de esta dimensión para explicar el comportamiento con respecto a la procreación de hombres y mujeres. El concepto de un sistema de género es el más general porque, como señala Karen Mason (1997), abarca la totalidad de las complejas interacciones, papeles, derechos y situaciones que entraña el hecho de ser hombre frente al de ser mujer en una sociedad o cultura determinada. Ahora bien, a partir del decenio de 1980 algunas investigaciones empezaron a tomar en consideración el género. Una importante investigación que abrió brecha en ese sentido ha sido una serie de encuestas realizadas en cinco países de Asia (Mason y otros, 1989). El proyecto tenía la finalidad de investigar los determinantes de la autonomía y autoridad de la mujer y su relación con sus intenciones y comportamiento de reproducción. Las encuestas se llevaron a cabo en cinco países: India, Tailandia, Pakistán, Malasia y Filipinas, en los que imperan distintas normas de género. En el sur de la India, las normas de género son algo más igualitarias que las del norte del país y la estructura familiar menos desventajosa para las recién casadas (Mason, 2000; Dyson y Moore, 1983).

El conjunto de datos de este proyecto¹, apoyado por la Fundación Rockefeller, es uno de los primeros que trataron de poner en práctica el concepto de autonomía entre mujeres de distintos entornos culturales y religiosos y evaluar sus relaciones con el com-

portamiento con respecto a la procreación. Estudios similares se llevaron a cabo en cinco países de Asia, a saber: India, Pakistán, Malasia, Filipinas y Tailandia (Mason y otros, 1995). A las mujeres entrevistadas se les preguntó no sólo acerca de su educación y situación laboral, sino también acerca de una variedad de dimensiones de autonomía en su vida de mujeres casadas, incluido su poder de tomar decisiones, su libertad personal de movimiento, control de recursos económicos, relación de autoridad entre los cónyuges y otras actitudes.

Las encuestas demográficas y de salud también se analizaron usando una perspectiva de género (Kishor, 2000) y, a partir del módulo de género de la encuesta demográfica y de salud egipcia, se hicieron preguntas a maridos y a otros hombres sobre su comportamiento con respecto a la procreación y sus actitudes en muchas encuestas demográficas y de salud, como las de Nicaragua, Burkina Faso, Malí, Ghana, etc. Con una perspectiva de género basada en las encuestas demográficas y de salud de África occidental (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Malí), Andro y Hertrich (2001) llegaron a algunas conclusiones coherentes. Mostraron la prueba de dos modelos de comportamiento con respecto a la procreación. El primer modelo, sobre todo entre las generaciones mayores, está vinculado al modelo tradicional de alta fecundidad. La demanda de anticonceptivos proviene de una pequeña minoría² muy instruida y residente en zonas urbanas desde la niñez. Se asocia con la idea de la autoridad del hombre y lazos conyugales débiles (Andro y Hertrich, 2001). Las mujeres son sumamente dependientes y tienen un poder de decisión escaso o nulo, o están limitadas a tareas domésticas cuyo valor no se aprecia (García y Oliveira, 2001). En algunos casos, las funciones sociales de la mujer son mucho más autónomas que las domésticas (Duarte, 1999).

El segundo modelo se observa en las generaciones jóvenes. Está firmemente vinculado a características socioeconómicas de la pareja, residencia urbana y alto grado de instrucción. En este caso, es frecuente la discusión y la aprobación por la pareja de la planificación de la familia. En esta perspectiva, el acuerdo conyugal en cuestiones relacionadas con la procreación es el mejor indicador en la determinación del comportamiento con respecto a la procreación futura así como de la posible práctica anticonceptiva en el futuro, aun cuando se trate de personas todavía demasiado jóvenes para usar métodos anticonceptivos para limitar el tamaño de la familia (Andro y Hertrich, 2001).

En América Latina se llevaron a cabo otros estudios (García y Oliveira, 2001; Duarte, 1999) que se concentraron principalmente en las funciones de hombres y mujeres en la labor reproductiva:

“La perspectiva de género ha contribuido a una nueva definición de los estudios de la vida de la familia, al considerar como actividades reproductivas o labor reproductiva toda una gama de tareas realizadas en la esfera doméstica, o vinculadas a ella, que son necesarias para la reproducción generacional cotidiana de la familia así como la reproducción de la fuerza laboral. Como es bien sabido, la formulación de esa perspectiva ha revelado que la mujer es la principal responsable de la organización o el desempeño de la labor reproductiva (como los quehaceres domésticos, el cuidado de los hijos, la administración del presupuesto familiar, la organización del consumo, etc.). El interés en la participación del hombre en la esfera doméstica aumenta cuando a la creciente presencia de la mujer en las actividades económicas se añade su consabida participación en estas tareas reproductivas y se dispone de más datos precisos sobre la considerable sobrecarga de esta doble labor. En este aspecto, se ha producido un brusco aumento del número de estudios sobre la división del trabajo en los hogares, para determinar los grados de participación de sus miembros en las diversas actividades y establecer el grado de participación del hombre en la esfera familiar (García y Oliveira, 2001)”.

A partir de las conferencias de El Cairo y Beijing, como resultado de las demandas de varios grupos de mujeres, se ha insistido especialmente en la necesidad de examinar el grado de participación del hombre en la vida familiar y en el aumento de su partici-

Control sobre recursos económicos: se hicieron menos preguntas sobre el control ejercido por la mujer sobre recursos económicos. El índice varía de 0 a 3 e incluye *a)* si algunos de los valores de la familia (tierras, joyas, embarcaciones) pertenecen a la mujer (es decir, si están a su nombre) y están bajo su control; *b)* si su opinión cuenta o ha contado algo, o es o ha sido decisiva (se asigna un valor de 0,5 y 1,0, respectivamente) en el uso de su dote; y *c)* si espera poder subvenir a sus necesidades en la vejez, con sus propios ahorros (Sathar, Callum, Jejeebhoy, 2001).

² Véase también un estudio sobre los precursores del cambio reproductivo en México, en Juárez (Quilodrán, Zavala de Cosío, 1996).

pación en las diversas etapas de la reproducción sociobiológica (como las decisiones de tener hijos, el embarazo, el nacimiento, la atención posnatal y el cuidado y la crianza de los hijos en general). La omisión de los hombres en el análisis de la fecundidad y el control de la natalidad se ha criticado desde mediados del decenio de 1980 desde una perspectiva de género. El papel del hombre en la familia, la sexualidad y la procreación biológica se considera esencial, tanto para el adelanto del conocimiento como para el logro de una mayor igualdad entre el hombre y la mujer (García y Oliveira, 2001).

Tras este rápido repaso, creemos que se necesitan muchas más investigaciones para comprender la acción recíproca del género y el cambio demográfico, en particular, con la fecundidad. No obstante, en el presente documento nos ocupamos de algunas de esas cuestiones con la presentación de resultados empíricos que tratan de la manera en que los sistemas de género influyen en los resultados reproductivos en Nigeria, la India y el Pakistán y México. El propósito es presentar indicadores que tienen un fuerte efecto predictivo en las tendencias de la fecundidad. También nos hemos valido de documentos presentados en las sesiones de "género" en la Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, en Bahía, Brasil (agosto de 2001).

El acuerdo de la pareja respecto a la autonomía de la esposa: el caso de Nigeria

En un estudio del acuerdo de la pareja respecto a la autonomía de la esposa en Nigeria, Kritz y Makinwa-Adebusoye (2001) consideran distintas medidas de la autoridad de la mujer para determinar si algunas dimensiones tienen una relación más estrecha y sólida con los resultados reproductivos. Además, comparan la manera en que los indicadores de autoridad basados en las percepciones de la mujer, el marido y la pareja difieren entre sí y si la autoridad de la mujer, cuando se basa en el acuerdo de su pareja, tiene una relación más fuerte con los resultados reproductivos que las medidas de autoridad basadas únicamente en los datos aportados por la mujer. Por último, examinan si la autoridad de la mujer influye en el uso de anticonceptivos por el marido y la mujer cuando está a favor o en contra de la planificación de la familia. Para estudiar estas cuestiones se valen de datos de encuestas realizadas entre cinco grupos étnicos de Nigeria con distintas tradiciones de género.

En este estudio, se usan seis medidas de la autoridad de la mujer. Las dos primeras evalúan la participación de la mujer en las decisiones económicas de la familia y su contribución a los gastos de la familia. Las tres siguientes sirven para evaluar el poder de tomar decisiones de la mujer: una de ellas mide si la mujer participa en las decisiones de la familia respecto a la procreación y la crianza de los hijos; la segunda evalúa si está justificado que el marido deje a su mujer en determinadas circunstancias, y la tercera examina si el marido y la mujer han hablado de planificación de la familia el año anterior. Esto se trata como medida de la autoridad de la mujer, porque se considera que un marido que está dispuesto a hablar con su mujer es porque la respeta y quiere su opinión. Poder expresar la propia opinión en una sociedad tradicional supone un cierto grado de autoridad. La sexta medida de autoridad evalúa si maridos y mujeres están de acuerdo en que la mujer tiene hoy más autoridad que en tiempos de su madre, evaluación normativa de la manera en que maridos y mujeres ven el cambio de las normas de género. Los maridos y las mujeres pueden tener la impresión de que las normas de género están cambiando, aunque una actitud restrictiva respecto al género caracterice sus propias relaciones interpersonales de poder. Las relaciones más fuertes se producen respecto a tres medidas, a saber si la mujer tiene más autoridad hoy que en tiempos de su madre, autoridad en decisiones familiares y comunicación con el marido sobre planificación de la familia. La autoridad de la mujer en cuestiones económicas mostró las relaciones más débiles con las tres medidas reproductivas examinadas (Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001).

Estos resultados recomiendan el uso de distintos indicadores de autoridad de la mujer en vez de uno solo. También indican que la autoridad de la mujer está más íntimamente relacionada con la aprobación de la planificación de la familia y el uso de anticon-

ceptivos que con la preferencia por no tener más hijos. El desacuerdo entre los cónyuges respecto a la autoridad de la mujer en el hogar indica un alto grado de desacuerdo entre la pareja en varias de las medidas de la autoridad de la mujer.

De todo esto se desprenden interesantes conclusiones. Primero, los maridos son más propensos que las mujeres a usar anticonceptivos si aprueban la planificación de la familia, independientemente de si su mujer lo aprueba o no. También existe una norma sistemática entre las mujeres, a saber, que su autoridad se asocia a cómo resuelve la pareja sus diferencias sobre planificación de la familia.

Se ha entablado un debate en torno a si la mayor parte de los maridos y las mujeres están o no están de acuerdo en cuestiones relativas a la procreación y a la influencia de las estructuras de autoridad en la familia en la determinación del comportamiento con respecto a la procreación (Mason y Smith, 2000; Bankole y Singh, 1998; Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001). En su estudio con Smith (2000), Mason se ha concentrado principalmente en una medida de preferencias reproductivas: el no querer más hijos. Si bien Kritz y Makinwa-Adebusoye también encuentran un grado relativamente bajo de desacuerdo entre maridos y mujeres en esta cuestión, encuentran dos veces tanto desacuerdo en la aprobación de la planificación de la familia y el uso de anticonceptivos (Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001). Su conclusión de que la autoridad de la mujer es importante sobre todo para decidir cómo resuelven las parejas sus desacuerdos, pero que se debilita en el ámbito del grupo étnico, concuerda con el argumento de Mason de que las estructuras de autoridad son, en gran parte, atributos de agregados socioculturales tales como grupos étnicos. En muchas sociedades, en particular las de África, existe una considerable heterogeneidad dentro de los países y las publicaciones de trabajos de investigación revelan grandes diferencias entre marido y mujer en resultados reproductivos (Becker, 1996 y 1999; Dodo, 1998; Bankole y Singh, 1998; Andro y Hertrich, 2001). Los resultados de Nigeria sugieren que la autoridad marido-mujer en el plano individual es un factor sumamente importante para explicar cómo resuelven las parejas sus desacuerdos en esas cuestiones. Aunque el efecto se diluye cuando se llevan a cabo análisis separados dentro de grupos étnicos relativamente homogéneos, todavía se puede observar el efecto de las diferencias individuales de autoridad de la mujer en el uso de anticonceptivos (Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001). Los sistemas de género son realmente significativos para explicar todos estos resultados, como veremos en los casos siguientes de Asia meridional.

El género, la región, la religión y el comportamiento reproductivo en la India y el Pakistán

Mediante el uso de datos individuales y comunitarios de tres lugares de Asia meridional, Zeba Sathar, Christine Callum y Shireen Jejeebhoy (2001) proponen al argumento de que en Asia meridional los sistemas de género tienen una función esencial en el ritmo al que se produce la transición de la fecundidad y, por tanto, dan cuenta de la variación del ritmo del cambio demográfico en la región. Examinan el grado en que la autoridad de la mujer da cuenta de los distintos ritmos del cambio de la fecundidad y la práctica anticonceptiva en tres lugares de Asia meridional: Uttar Pradesh y Tamil Nadu, en el norte y el sur de la India, respectivamente, y Punjab, en el Pakistán. Asia meridional suele caracterizarse por el papel subordinado de sus mujeres y su capacidad limitada de invertir en el futuro de sus hijos y tomar decisiones independientes sobre la procreación (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001).

El estudio tiene por objeto examinar empíricamente los vínculos entre la autonomía de la mujer y aspectos del comportamiento con respecto a la procreación tales como preferencia de fecundidad y comportamiento anticonceptivo en tres lugares culturalmente distintos de Asia meridional, a saber, Tamil Nadu y Uttar Pradesh, en la India, y Punjab, en el Pakistán. Uttar Pradesh, en el norte de la India, y Punjab, en el Pakistán, representan lugares que han sido lentos en registrar cambios reproductivos y que continúan teniendo muchas necesidades que no son atendidas. Tamil Nadu, en el

sur de la India, representa un lugar menos estratificado por género y en los que el comportamiento con respecto a la procreación es más consecuente con las intenciones de la mujer. Al mismo tiempo, el análisis examina la medida en que la región, la nacionalidad y la religión influyen en aspectos del comportamiento con respecto a la procreación y sus vínculos con la autonomía de la mujer. Si bien trabajos similares han comparado las diferencias culturales del norte y el sur de la India, el debate se amplía con la inclusión de datos del Pakistán, como identidad cultural adicional en el subcontinente (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001).

Los datos proceden de esos tres estados. Un total de más de 3.000 mujeres casadas de 15 a 45 años de edad constituyeron la muestra. La inclusión de estas dimensiones de situación de la mujer en el conjunto de datos permite llegar a una mejor comprensión del grado en el que la educación y la actividad económica son variables sustitutivas de la autonomía en un sentido más amplio (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001). El comportamiento con respecto a la procreación y la anticoncepción —el deseo de tener más hijos, la práctica anticonceptiva y las necesidades atendidas— se examinan con respecto a tres bloques de variables explicativas. Las primeras son las variables de “desarrollo”, en particular la posesión de enseres domésticos modernos duraderos, acceso a servicios higiénicos, viviendas con muros de ladrillo y electricidad. También se incluyen medidas de la educación de la mujer y de su marido. Un segundo conjunto incluye una serie de índices de autonomía de la mujer que miden dimensiones tales como movilidad, adopción de decisiones, acceso y control de recursos y libertad de amenazas del marido (véase Jejeebhoy y Sathar, 2000). Un tercer bloque trata de región, nacionalidad y religión.

En varios aspectos, existen considerables diferencias entre las comunidades. Las mujeres del Punjab están, en general, en mejor situación que las de Uttar Pradesh y Tamil Nadu; por término medio, las mujeres del Punjab poseen un número mayor de bienes modernos. En la India, mientras que Tamil Nadu y Uttar Pradesh parecen ser similares en conjunto, existen grandes diferencias por grupo religioso en varios indicadores económicos (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001). La situación es a la inversa cuando se tiene en cuenta el grado de instrucción. La prosperidad económica del Punjab no tiene correspondencia en las inversiones en educación, en particular en el caso de las mujeres. Ahora son las mujeres de Tamil Nadu las que están en mejor situación, sea cual fuere su afiliación religiosa, y las del Punjab y Uttar Pradesh las que van a la zaga (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001).

El grado de autonomía es uniformemente más alto entre las mujeres de Tamil Nadu, con independencia de su afiliación religiosa, que el de las mujeres del Punjab o de Uttar Pradesh. El papel relativo de la religión y la región en la autonomía de la mujer ofrece pruebas claras de la importancia de la región sobre los límites políticos y la religión (Jejeebhoy y Sathar, 2000). En dimensiones de autonomía tales como adopción de decisiones y movilidad se observa una variación considerablemente mayor que en otras, en particular, la libertad de amenazas. Y aunque la autonomía de la mujer en Uttar Pradesh y el Punjab tiende a ser bastante similar, las mujeres del Punjab parecen tener bastante más autoridad de tomar decisiones y más control de recursos, y algo más de movilidad limitada que las mujeres de Uttar Pradesh.

Como en el caso de la autonomía de la mujer, las diferencias de comportamiento con respecto a la procreación tienden a reflejar más bien diferencias regionales que nacionales o religiosas. Por ejemplo, el número promedio de hijos nacidos y sobrevivientes (estandarizados por edad) sigue siendo considerablemente más bajo, casi en un 50%, entre las mujeres hindúes y musulmanas de Tamil Nadu que en los otros tres grupos. Ahora bien, entre los tres grupos del norte, los niveles de fecundidad de las mujeres del Punjab se sitúan entre los de las mujeres musulmanas y los de las hindúes de Uttar Pradesh. Entre otros indicadores sociodemográficos, hay poca diferencia en la mortalidad infantil y en la niñez, pero considerable variación en la edad al contraer matrimonio. Las mujeres del Punjab son las que tienen más edad al casarse (18,2), una edad que es

comparable a la de las mujeres hindúes de Tamil Nadu, moderadamente superior a la de las mujeres musulmanas de Tamil Nadu y considerablemente más avanzada que la declarada por las mujeres de Uttar Pradesh. La proporción de mujeres de todos estos lugares que tenía voz en la elección del marido o de la edad del matrimonio era muy escasa (Jejeebhoy y Sathar, 2000).

La elección reproductiva se refleja, con más probabilidad, en medidas tales como el deseo de tener más hijos, la práctica anticonceptiva y el método elegido declarado al hacer la encuesta. La diferencia entre musulmanas e hindúes en Uttar Pradesh es notable. Aunque musulmanas e hindúes tienen intenciones reproductivas similares en Tamil Nadu, en Uttar Pradesh una mayor proporción de mujeres hindúes no desea más hijos y, por consiguiente, el uso actual de anticonceptivos es más alto entre las mujeres hindúes de ambos estados de la India, pero la diferencia es más pronunciada en Uttar Pradesh (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001).

“Los resultados sugieren que después de tener en cuenta la edad del matrimonio y, sobre todo, el número de hijos, cada resultado reproductivo tiende a explicarse por una serie algo distinta de factores. Ni la situación económica de la familia ni las medidas de autonomía de la mujer (salvo la movilidad) influyen poderosamente en el deseo de no tener más hijos. Más bien es el hecho de haber cursado estudios de enseñanza primaria y, sobre todo, secundaria, lo que parece influir en las preferencias de más hijos. Por otra parte, una serie de factores, entre ellos los indicadores de situación económica y los estudios, así como la mayor parte de los indicadores de autonomía (salvo el control de recursos), explican de diversa forma el uso y las necesidades satisfechas de anticonceptivos. En lo que respecta al uso de anticonceptivos, la educación secundaria sigue siendo importante, y la educación secundaria del marido y la situación económica de la familia también influyen. De las medidas de autonomía, la movilidad y el acceso a recursos están directamente relacionados con la probabilidad del uso de anticonceptivos.

“Por último, la necesidad satisfecha se explica por la situación económica de la familia, es decir, la propiedad de bienes y, en menor grado, la instrucción del marido. También se explica por medidas de autonomía tales como acceso a recursos, movilidad, adopción de decisiones económicas y libertad de amenazas. En este caso, las mujeres que viven en el mismo lugar en que nacieron, que no quieren más hijos, es más probable que estén usando anticonceptivos, lo que indica que la proximidad a los parientes consanguíneos puede contribuir a mejorar la capacidad de la mujer de dar cumplimiento a sus decisiones anticonceptivas.” (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001.)

De este estudio se pueden deducir algunas conclusiones importantes. Primero, distingue poderosamente la autonomía y los niveles de procreación de las mujeres de Asia meridional. Las mujeres tamiles, independientemente de su religión, son considerablemente distintas de las mujeres de Uttar Pradesh o del Punjab; no sólo disfrutaban de bastante más autonomía, sino que también tienen muchas más probabilidades de no desear más hijos, practicar la anticoncepción y haber satisfecho sus necesidades de planificación de la familia. Segundo, la autonomía individual de la mujer tiene un papel importante en la determinación de modelos de comportamiento con respecto a la procreación y la anticoncepción en Asia meridional. Ahora bien, esas influencias no son uniformes. La influencia relativa de los indicadores de autonomía individual y los factores más estructurales varía según los diferentes indicadores de comportamiento con respecto a la procreación, anticoncepción y elección y serán necesarias nuevas investigaciones para estudiar estas diferencias. (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001.)

“Tercero, existen pruebas contundentes de que los sistemas de género, medidos por región de Asia meridional, continúan desempeñando un importante papel en la explicación del comportamiento y la elección de reproducción y anticoncepción, incluso después de tener en cuenta la autonomía de la mujer. En

su mayor parte, esta influencia sobrepasa a la que ejercen la nacionalidad o la religión. Las mujeres de Tamil Nadu, sea cual fuere su religión, tienen muchas más probabilidades que las de Uttar Pradesh o el Punjab de practicar la anticoncepción y haber satisfecho sus necesidades de planificación de la familia, incluso después de tener en cuenta una serie de indicadores sociodemográficos y de autonomía. Las pautas que se observan entre las mujeres de los dos lugares norteros de Asia meridional son semejantes, pese a las diferencias nacionales y religiosas. Los resultados del análisis con variables múltiples sugieren que la religión y la nacionalidad tienen una fuerte influencia en la predicción del comportamiento con respecto a la procreación (tanto en la intención como en la acción consiguiente), no obstante, esta influencia es menor que la ejercida por la región. También sugieren que el hecho de ser hindú o musulmana tiene repercusiones muy diferentes en el comportamiento con respecto a la procreación según la región de residencia.” (Sathar, Callum y Jejeebhoy, 2001.)

La autonomía y el poder de tomar decisiones de la mujer en México

La reducción de la fecundidad y la propagación del uso de anticonceptivos se han producido con mucha rapidez en México en los últimos tres decenios. Es posible evaluar la influencia que el poder de adopción de decisiones de la mujer ha tenido en este proceso gracias a una encuesta nacional de planificación de la familia (ENPLAF, 1995). Esta encuesta incluía preguntas relativas a la autonomía y el poder de decisión de la mujer en la familia y su relación con el uso de anticonceptivos. El poder de la mujer de tomar decisiones se refiere a su capacidad de expresar su opinión e influir en los procesos de decisión de la familia, mientras que los indicadores de su autonomía se refieren a la capacidad de las mujeres casadas de tomar la iniciativa y actuar sin pedir autorización al marido. Para estimar el índice de poder de tomar decisiones se añadieron cinco variables de cada mujer. Al añadir datos sobre la autonomía de la mujer en nueve dimensiones, un índice de autonomía de la mujer ofrece una variante sustitutiva de su nivel general de autonomía en relación con su marido. Los resultados mostraron que, por término medio, la mayor parte de las mujeres declararon tomar decisiones conjuntamente con su marido, pero que las mujeres casadas mexicanas tenían muy poca autonomía (Casique, 2001).

Los resultados de este estudio confirman que la habilitación de la mujer (autonomía y poder de tomar decisiones) en México está directamente relacionada con su uso de anticonceptivos, pero los dos indicadores tienen efectos distintos. El índice de autonomía de la mujer muestra un efecto mayor sobre la posibilidad de que la mujer necesite anticonceptivos y de que use un método temporal moderno que el poder de tomar decisiones. Un factor que tiene un poderoso efecto en el posible uso de anticonceptivos por la mujer es la aceptación por el marido de la anticoncepción, salvo en el caso de las mujeres con gran poder de tomar decisiones y alto grado de autonomía. La posibilidad de que la mujer use un método definitivo (esterilización) no muestra una relación importante con ninguno de los indicadores de habilitación de la mujer incluidos. Por último, la proporción de mujeres que necesita pero no usa anticonceptivos, relacionada con la actitud del marido contra el control de la fecundidad y su propia falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, es muy reducida entre las mujeres con más alto grado de habilitación (Casique, 2001).

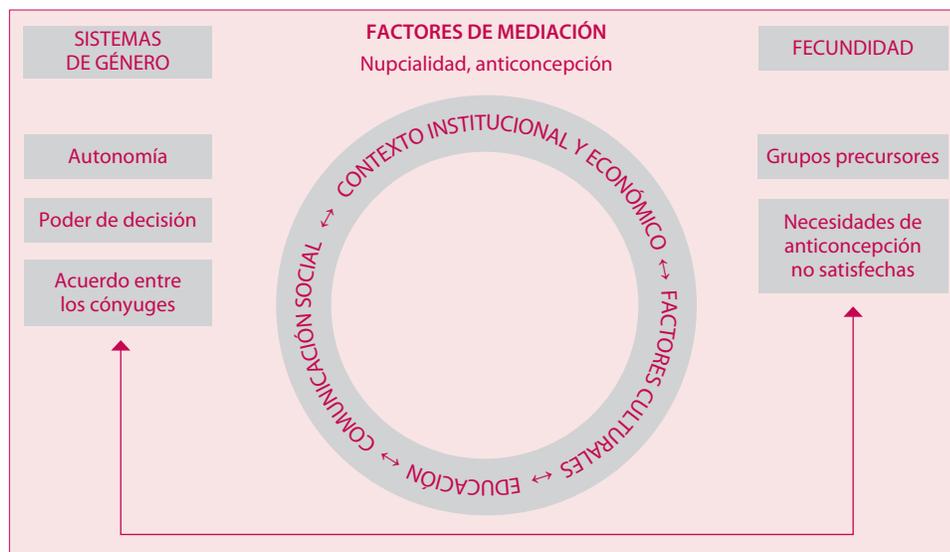
En otro estudio realizado en algunas grandes zonas urbanas, García y de Oliveira (2001) muestran que, pese a la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral, en México ser el sostén de la familia sigue teniendo un significado extremadamente simbólico tanto para el hombre como para la mujer. Se asocia a la idea de poder masculino, de apoyo, protección, representación de la familia (mujer e hijos), responsabilidad y defensa del honor. También se valora como indicador de masculinidad.

Algunas conclusiones tentativas

El uso de una perspectiva de género enriquece el marco teórico en el pronóstico del comportamiento con respecto a la procreación de los países en desarrollo. Algunos de los indicadores propuestos por los diferentes estudios examinados en el presente documento son muy útiles para ofrecer explicaciones, como la comunicación entre los cónyuges y el acuerdo (o desacuerdo) de marido y mujer en las decisiones relativas a la procreación (tamaño de la familia, uso de anticonceptivos, etc.). Algunos índices de habilitación de la mujer se han puesto a prueba y muestran un fuerte vínculo con las variables intermedias de fecundidad. También tienen un fuerte vínculo con factores socioeconómicos como la educación. Las actitudes “precursoras” en hombres, mujeres y cónyuges tienen un alto valor predictivo del uso futuro de métodos de planificación de la familia por las parejas (véase el gráfico *infra*).

Ahora bien, la mayor parte de los estudios examinan sólo el uso o la intención de usar anticonceptivos, el deseo de más hijos o el tamaño de la familia deseada. No distinguen entre dos modalidades de reducción de la fecundidad: la primera, mediante el retraso de la edad al contraer matrimonio, una importante diferencia de edad entre los cónyuges (como en África del Norte) y/o la ausencia de elección individual de la pareja (como en Asia meridional); la segunda, mediante la propagación del uso de anticonceptivos, aunque a veces acompañada por una tasa estable o en aumento de la fecundidad de las adolescentes (como en algunos países de América Latina). Se tienen que usar perspectivas de género para entender y analizar ambas modalidades.

Entre los argumentos que se presentan para explicar las distintas modalidades de transición de la fecundidad, el grado de desarrollo económico es muy dudoso, dado el bajo grado de desarrollo económico que existe en muchas de las regiones donde la fecundidad ha descendido bruscamente (India, Nigeria, México, etc.). Usar datos individuales y preguntar a hombres y mujeres sobre sus relaciones entre sí y entre todos los miembros de la familia y el hogar, y poner estos análisis en el contexto de cada sistema de género concreto es un método prometedor para llegar a un conocimiento mucho más amplio de las tendencias de la fecundidad, aunque existen pocos estudios, y hay algún debate entre ellos (Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001; Mason y Smith, 2000). Necesitamos investigaciones adicionales antes de poder llegar a conclusiones definitivas. Después de esta breve reseña creemos, no obstante, que se han dado importantes pasos hacia la comprensión de la influencia recíproca del género y el cambio demográfico, en particular la fecundidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Andro, A., y V. Herrrich (2001). La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? *Population*, 5 (septiembre-octubre), págs. 721-771.
- Bankole, A., y S. Singh (1998). Couples's fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice. *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, No. 1, págs. 15-24.
- Becker, G. (1972). *A theory of marriage, I et II*, University of Chicago y National Bureau of economic research.
- Becker, S. (1996). Couples and reproductive health: A review of couple studies. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 6, págs. 291-302.
- Becker, S. (1999). Measuring unmet need: Wives, husbands or couples. *International Family Planning Perspectives*, vol. 25, No. 4, págs. 172-180.
- Bongaarts, J., y S. Cotts-Watkins (1996). Social interaction in contemporary fertility transition. *Population and Development Review*, vol. 22, No. 4 (diciembre), págs. 639-682.
- Caldwell, J., y otros (1982). Demographic Change in Rural South India. *Population and Development Review*, vol. 8, No. 4.
- Casique, I. (2001). Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico: What difference does it make? UIECP, XXIV Conferencia General de Población, Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Cleland, J., y otros (1994). *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a challenging environment*. Washington D.C.: Estudios regionales y sectoriales del Banco Mundial.
- Cleland, J., y C. Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1 págs. 5-30.
- Dodoo, F. Nii-Amoo (1998). Men matter: additive and interactive gendered preferences and reproductive behaviour in Kenya. *Demography*, vol. 35, No. 2, págs. 229-242.
- Duarte, I., y R. Brea (1999). *Entre la calle y la casa, las mujeres dominicanas y la cultura política a finales del siglo XX*. Profamilia, Participación ciudadana, USAID, 168 págs.
- Dyson, T., y M. Moore (1983). On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behaviour in India. *Population and Development Review*, 9 (marzo), págs. 35-60.
- García, B., y O. de Oliveira (2001). Fatherhood among middle and low income sectors of Urban Mexico. UIECP, XXIV Conferencia General de Población, Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Hirschman, Ch. (1994). Population and society in twentieth century South Asia. Documento de trabajo. Seattle Population Research Centre, Washington University, págs. 11-94.
- Jejeebhoy, Shireen J. (2001). Women's autonomy and reproductive behaviour in India. En *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips y Z. Sathar, comps. Oxford: Oxford University Press.
- Jejeebhoy, S., y Z. Sathar (2000). Women's autonomy in India and Pakistan: A question of religion or region? Documento mimeografiado.
- Juárez, F., J. Quilodrán y M. E. Zavala de Cosío (1996). *Nuevas pautas reproductivas en México*. El Colegio de México, 232 p.
- Kabeer, N. (1985). Do women gain from high fertility? En *Women, work and ideology in the Third World*, H. Afsar, comp. Londres: Tavistock Publications.
- Kazi, S., y Z. Sathar (2001). Explaining fertility in rural Punjab: The relative roles of gender and development. En *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips y Z. Sathar, comps. Oxford: Oxford University Press.
- Kishor, S., y K. Neitzel (2000). Etude du statut des femmes à partir des données de base des enquêtes. En *Femmes et familles: l'évolution du statut des femmes comme facteur et conséquence de changements dans les dynamiques familiales*, M. E. Cosío- Zavala, comp. CICRED, págs. 377-429.
- Kritz, M., y P. Makinwa-Adebusoye (2001). A Couple agreement on Wife's Autonomy and Reproductive Dynamics in Nigeria. UIECP, XXIV Conferencia General de Población, Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.

- Lesthaeghe, R., y C. Vanderhoeft (1999). Conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportement. Actes de la Chaire Quetelet 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie, Louvain-la-Neuve, 279-306.
- Malhotra, A., R. Vanneman y S. Kishor (1995). Fertility, dimensions of patriarchy, and development in India. *Population and Development Review*, 21, págs. 281-305.
- Mason, K., y otros (1995). Determinants of Women's Power and Autonomy in Five Asian Countries. Documento presentado en la reunión anual de la Population Association of America, abril, San Francisco.
- Mason, K. O. (1997). Gender and demographic change: What do we know? En *The continuing demographic transition*, G. W. Jones y otros, comps. Oxford: Clarendon Press, págs. 158-182.
- Mason, K. O., y H. L. Smith (2000). Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: The influence of gender context in five Asian countries. *Demography*, vol. 37, No. 3, págs. 299-311.
- Miller, B. (1997). *The endangered Sex: Neglect of female children in Rural North India*, Nueva Delhi: Oxford University Press.
- Notestein, F. W. (1945). Population: the long view. En *Food for the World*, T. W. Schultz, comp. Chicago: University of Chicago Press, págs. 36-57.
- Presser, H. (1997). Demography, feminism and science-policy nexus. *Population and Development Review*, 2 (junio), págs. 295-332.
- Robinson, W. (2001). Common Beginnings but different outcomes: The family planning programmes of Pakistan and Bangladesh. En *Fertility transition in South Asia*, J. Phillips y Z. Sathar, comps. Oxford: Oxford University Press.
- Sathar, Z., C. Callum y S. Jejeebhoy (2001). Gender, region, religion and reproductive behaviour in India and Pakistan, UIECP, XXIV Conferencia General de Población, Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Visaria, L. (1996). Regional variation in female autonomy and fertility and contraception in India. En *Girls' Schooling: Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, Roger Jeffery y Alaka M. Basu, comps. Nueva Delhi: Sage Publications.

El efecto del VIH-1 en la fecundidad en el África subsahariana: causas y consecuencias

Simon Gregson, Basia Zaba** y Susan-Catherine Hunter***

INTRODUCCIÓN

La mortalidad de la epidemia del VIH en el África subsahariana está teniendo profundos efectos en la región: la mortalidad de los adultos se ha duplicado o triplicado, incluso en comunidades donde la prevalencia se mantiene por debajo del 10% (Timaheus, 1998; Boerma y otros, 1998), y la esperanza de vida en muchos países está disminuyendo rápidamente. Las consecuencias sociales y demográficas de este aumento de mortalidad sin precedentes han sido el objeto principal de la investigación demográfica de la epidemia, pero en el presente documento nos ocupamos de un aspecto al que se ha prestado menos atención: los vínculos entre el VIH y la fecundidad.

Justificación del estudio del VIH y la fecundidad

La epidemia del VIH está teniendo profundas repercusiones en la fecundidad en zonas muy afectadas del África subsahariana. Encuestas de población realizadas en el sudoeste de Uganda (Gray y otros, 1997) y el análisis de datos provenientes de clínicas prenatales de varios otros países muestran descensos de la fecundidad del 25% al 40% en las mujeres infectadas con el VIH (Zaba y Gregson, 1998). Si bien parte de esta subfecundidad refleja una propensión anterior a otras infecciones transmitidas por vía sexual entre los casos que acompañan al VIH (Ross y otros, 1999), aproximadamente la mitad es resultado directo de la infección misma. Además, estudios realizados en el plano comunitario están sacando a la luz pruebas convincentes de profundos cambios de comportamiento relacionados con la fecundidad derivados de la epidemia del VIH y de medidas adoptadas para controlar la propagación de la enfermedad. En algunos casos, el cambio de comportamiento se concentra entre los miembros infectados de la población, pero otros cambios son más generalizados. Algunas de estas modificaciones de comportamiento son el resultado de la intención deliberada de alterar la fecundidad, pero la mayor parte se efectúa sin considerar los efectos en la fecundidad o independientemente de esas consecuencias. Por último, los cambios de composición de la población, a causa de la mayor mortalidad en los grupos más expuestos al riesgo de infección, se suman a los efectos sobre la fecundidad de la epidemia del VIH cuando se consideran al nivel de la población (Zaba y Gregson, 1998).

Estos efectos recíprocos entre el VIH y la fecundidad tienen una serie de consecuencias importantes en la vigilancia del VIH y para comprender las tendencias demográficas en zonas de alta seroprevalencia. La baja fecundidad de las mujeres seropositivas suele significar que los datos de prevalencia del VIH procedentes de clínicas prenatales subestimarán los niveles auténticos de infección entre las mujeres en edad de procrear. Las reducciones de la fecundidad de la población inducidas por el VIH complicarán los

* Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Imperial College, Londres, Reino Unido.

** Centro de Estudios de Población, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido.

análisis de la transición de la fecundidad en los países que se encuentran en sus etapas iniciales. Magnificarán la reducción del crecimiento de la población causada por el incremento de la mortalidad, pero compensarán este efecto en la estructura de la población. Una epidemia del VIH dará por resultado menos huérfanos de lo que se había previsto anteriormente y sus efectos en la mortalidad en la niñez temprana serán menores.

En muchos aspectos, la índole precisa de estas consecuencias dependerá de los mecanismos a través de los cuales el VIH afecta a la fecundidad y viceversa. Por ejemplo, la subfecundidad de las mujeres seropositivas puede atenuarse con el tiempo si se debe a una enfermedad de transmisión sexual adquirida antes de la infección por el VIH (Garnett y Gregson, 1998), pero persistirá si es el resultado directo de la infección por el VIH. Comprender las causas de la relación del VIH y la fecundidad es, por tanto, un primer paso importante para entender sus consecuencias. La comprensión del comportamiento sexual, aspecto que los demógrafos han estudiado por su valor como determinante de la fecundidad, es de importancia fundamental en la lucha contra el SIDA.

Objetivos y resumen del documento

En el presente documento nos ocupamos en primer lugar de los aspectos en que se da un traslape de los determinantes culturales, socioeconómicos y próximos de la epidemia del VIH y la fecundidad. Estos determinantes comunes sirven de base a los mecanismos a través de los cuales diferentes pautas y comportamientos relacionados con la fecundidad se asocian con epidemias del VIH contrapuestas. Seguidamente, examinamos los cambios de fecundidad que ocurrirán probablemente en el curso de una importante epidemia del VIH, mediante la identificación de los mecanismos concretos, el análisis de las pruebas actuales de los cambios que se producen a través de esos mecanismos y la consideración de sus posibles efectos en la fecundidad.

El marco conceptual de los procesos subyacentes en el cambio que se produce en una epidemia del VIH se incorpora en un modelo matemático y se usa para estudiar los efectos en la fecundidad de la población y las tendencias más generales de cambio demográfico a largo plazo. Explicamos cómo se puede aplicar este modelo al demostrar cómo epidemias de magnitud similar pueden tener distintos efectos en la fecundidad en países que se encuentran en distintas etapas de desarrollo. El modelo matemático también se usa para estudiar las repercusiones de la relación entre el VIH y la fecundidad en la vigilancia de una epidemia sobre la base de datos procedentes de clínicas prenatales. Por último, usamos el modelo para demostrar las importantes consecuencias de esta relación en el efecto más amplio demográfico y socioeconómico de las epidemias del VIH en el África subsahariana, mediante el examen de los efectos en la población y la estructura de edad.

LAS CAUSAS DEL EFECTO DEL VIH EN LA FECUNDIDAD

Determinantes culturales y socioeconómicos comunes del VIH y la fecundidad

Se ha sugerido que los factores culturales y socioeconómicos que configuran el matrimonio y la fecundidad en el África subsahariana también pueden limitar la eficacia de las estrategias de control del SIDA (Bledsoe, 1991). De ser esto cierto, se podría esperar que muchos de los factores que propician la alta fecundidad en las sociedades africanas faciliten también la propagación del VIH. Además, algunos de los procesos de cambio que dan lugar a la reducción de la fecundidad influirán simultáneamente en el curso de las epidemias locales del VIH. La evolución de las normas y prácticas culturales derivadas de procesos tales como el aumento de la urbanización, la migración, la educación, la secularización y la innovación tecnológica se ha vinculado al inicio y la progresión de la transición de la fecundidad en muchas sociedades (Caldwell y otros, 1992), y también es probable que influya en las características de propagación de la epidemia del VIH.

En el cuadro 1 señalamos algunos de los factores y procesos culturales, sociales y económicos que influyen tanto en el cambio de la fecundidad como en las características de propagación de la infección por el VIH. Los factores se clasifican según su importancia como determinantes del nivel de fecundidad, de la prevalencia del VIH en la población femenina, o de ambos. La norma de alta fecundidad de las sociedades anteriores a la transición hace que sea difícil para las parejas mantener el uso constante de los preservativos, aun cuando existe riesgo de transmisión del VIH. En este aspecto, los regímenes culturales que favorecen altos niveles de fecundidad están más expuestos a una transmisión en gran escala del VIH. No obstante, la situación es aún más complicada. Otros aspectos de los regímenes culturales asociados a la alta fecundidad, como el matrimonio precoz y los tabúes que pesan sobre las relaciones sexuales antes del matrimonio, pueden restringir la propagación de la infección del VIH. Características tales de la cultura tradicional como la lactancia y la abstinencia sexual prolongadas, que favorecen el dilatado espaciamiento de los nacimientos y suprimen niveles naturales de fecundidad, pueden intensificar la transmisión del VIH. La poligamia, que tiende a reducir ligeramente las tasas de natalidad (Pebley y Mbugua, 1989), se suele asociar a niveles relativamente bajos de relaciones sexuales fuera del matrimonio y puede, por tanto, limitar la magnitud de algunas epidemias del VIH (Frank, 1992; Gregson y otros, 1999a). Asimismo, existen prácticas tradicionales que sin estar directamente relacionadas con los resultados de la fecundidad afectan el grado de transmisión del VIH. La circuncisión masculina, que parece ofrecer cierto grado de protección contra las enfermedades venéreas, incluido el VIH (Caldwell y Caldwell, 1993; Moses y otros, 1990), es una de esas prácticas.

Los procesos de cambio social, impulsados en parte por el desarrollo económico local, se suelen asociar a los descensos de la fecundidad. Normalmente, las poblaciones seculares, más urbanizadas, más instruidas, con tasas de mortalidad infantil y de adultos más bajas, se caracterizan por tasas de natalidad bajas o en descenso. La separación de los cónyuges a causa de la migración laboral, cada vez más frecuente, también puede reducir la fecundidad. Ahora bien, estos procesos tendrán repercusiones mixtas en el control del VIH. El desarrollo económico, la urbanización y la secularización y el consiguiente aumento de movilidad espacial y las costumbres sexuales más liberales, facilitarán en general la propagación de la infección por el VIH. El aumento de las diferencias de ingreso también puede contribuir a una mayor heterogeneidad de las tasas de cambio de pareja sexual y conducir a pautas de mezclas más difíciles de clasificar, lo cual, en conjunto,

Cuadro 1
Factores y procesos culturales, sociales y económicos que afectan las tasas de fecundidad y que pueden también influir en la prevalencia del VIH

Efecto del factor en la fecundidad		
Efecto positivo	Efecto negativo	Sin efecto conocido
A. Factores que tienden a aumentar la prevalencia del VIH		
Normas de alta fecundidad	Normas culturales que favorecen el espaciamiento prolongado de los nacimientos	Ausencia de circuncisión masculina
Oposición cultural o religiosa a la anticoncepción		
Normas culturales que apoyan el matrimonio universal		Prueba de posibles cónyuges
Régimen de matrimonio monógamo		
Baja situación de la mujer en relación con el hombre	Urbanización extensiva	Costumbres sexuales liberales
Escasa disponibilidad de anticonceptivos (preservativos)	Migración laboral en gran escala	Diferencias de ingreso considerables
B. Factores que pueden influir en la prevalencia del VIH, pero donde la dirección de la asociación es incierta		
Mortalidad infantil y en la niñez alta	Ingreso per cápita alto	
Tabú del aborto provocado	Alto grado de instrucción de la mujer ^a	

^a Inicialmente, las personas más instruidas parecen ser las que corren más riesgo de contraer la infección del VIH. No obstante, a medida que la epidemia se propaga y se dispone de más información a través de las escuelas y programas educativos transmitidos por los medios de comunicación, esa diferencia puede invertirse (Kilian, y colaboradores, 1998).

puede aumentar el tamaño de la infección por el VIH (Garnett y Anderson, 1993). Estas pautas son particularmente probables donde la situación socioeconómica de la mujer es baja en relación con la del hombre (Basset y Mhloyi, 1991). Al mismo tiempo, los grados más altos de instrucción deberían aumentar la viabilidad de las iniciativas de control del SIDA, en particular, las que tienen por objeto procurar que el público esté mejor informado y sea más consciente de los riesgos de transmisión del VIH. Mejores servicios de salud deberían constituir una base más sólida para el control de otras enfermedades venéreas que actúan como factores coadyuvantes de la transmisión sexual del VIH; asimismo, un examen general adecuado de las donaciones de sangre para transfusiones y prácticas sanitarias respecto al uso de instrumentos agudos o cortantes en ambientes médicos son más factibles en esas condiciones y el acceso a suministros regulares de preservativos es más fácil de asegurar. Si el desarrollo social puede facilitar el descenso de la fecundidad, también puede ser que la resistencia cultural y religiosa al uso de preservativos desaparezca con más rapidez en las sociedades más desarrolladas.

La relación entre los determinantes próximos respectivos del VIH y la fecundidad

Los factores socioeconómicos que acabamos de examinar influyen en la transmisión del VIH y en la fecundidad a través de un conjunto traslapado de determinantes próximos (cuadro 2). Un factor puede tener un efecto positivo en la fecundidad, pero otro efecto negativo en el tamaño de la epidemia del VIH, o viceversa, porque influye en diferentes determinantes próximos. Por ejemplo, la urbanización puede reducir la fecundidad, entre otras cosas, al reducir la frecuencia del coito en uniones estables, pero puede facilitar la propagación del VIH al aumentar las tasas de formación de parejas. Como veremos más adelante, el contraste en la dirección de los efectos también puede reflejar direcciones opuestas de influencia en un determinante próximo común.

En términos generales, los factores próximos que afectan la formación y disolución de parejas sexuales y la frecuencia del coito entre las parejas son determinantes importantes tanto de la prevalencia del VIH como de la fecundidad. No obstante, la pauta de mantener más de una pareja simultáneamente, poderosa influencia de la prevalencia de enfermedades venéreas (Morris y Kretzschmar, 1997; Watts y May, 1992), no es determi-

Cuadro 2
Determinantes próximos de la fecundidad y prevalencia del VIH en los adultos

Efecto del factor en la fecundidad		
Efecto positivo	Efecto negativo	Sin efecto conocido
A. Determinantes que tienden a aumentar la prevalencia del VIH		
Mayor proporción que nunca de personas que inician la actividad sexual	Mayor duración de la abstinencia del puerperio	Práctica generalizada de tener varias parejas simultáneamente
Adelanto de la edad del inicio de la actividad sexual	Separaciones temporales generalizadas	Transfusión de sangre contaminada
Mayor frecuencia del coito	Aumento del divorcio	Uso compartido de jeringuillas
Uso menos frecuente de anticonceptivos de barrera	Aumento de la viudedad	
Edad más avanzada de la abstinencia definitiva	Aumento de la infecundidad por enfermedades venéreas	
Tasa más alta de nueva unión después de la separación o el divorcio		
B. Determinantes que pueden influir en la prevalencia del VIH, pero donde la dirección de la asociación es incierta		
Menarquia precoz	Duración más corta de la amenorrea en la lactancia ^a	
Escasa proporción de abortos provocados	Edad más avanzada de la menopausia	
Uso poco frecuente de anticonceptivos de barrera		

^a Afecta la infección por el VIH pediátrica, pero no la de adultos.

nante del nivel de fecundidad, salvo si actúa a través de otros factores como la frecuencia del coito. Los factores que rigen la transmisión del VIH entre adultos por vía distinta de la sexual no afectan la fecundidad. De manera análoga, los determinantes biológicos de la fecundidad influyen en la prevalencia del VIH sólo de manera indirecta (Zaba, 1994).

En una serie de casos, los factores que afectan tanto al VIH como a la fecundidad actúan en la misma dirección. Por ejemplo, la actividad sexual extensiva y el bajo uso de preservativos se asocian tanto a la alta fecundidad como a la alta prevalencia del VIH. Ahora bien, esto no es de ningún modo universal. Las altas tasas de divorcio y viudedad reducen la fecundidad, ya que las tasas de natalidad son más bajas fuera del matrimonio, pero, en igualdad de circunstancias, aumentan la prevalencia del VIH. Esto se debe a que las nuevas parejas regulares con frecuencia ya están infectadas y, en algunos casos, se mantienen una serie de relaciones de breve duración antes de establecer una relación estable. En África, las mujeres que contraen segundas nupcias suelen ser segundas esposas en uniones polígamas (Timaues y Reynar, 1998) o casarse con hombres que también han estado separados. Así pues, los segundos maridos, normalmente han tenido más parejas anteriores que los primeros y es más probable que sean origen de la infección del VIH.

Los efectos de la separación de corta duración de los cónyuges; por ejemplo, a causa de la migración laboral, y la abstinencia durante el puerperio, también actúan en direcciones opuestas en el VIH y la fecundidad. Los altos niveles de separación de los cónyuges y la prolongada abstinencia durante el puerperio reducen la fecundidad, pero la disminución del riesgo de infección por el VIH a través de la pareja regular queda neutralizada por el mayor riesgo de contraerla a través de las parejas casuales. Los maridos están especialmente en riesgo si frecuentan ambientes en los que la prostitución es común, por ejemplo, las zonas mineras de Sudáfrica (Campbell, 1997). Donde se practica la abstinencia durante el puerperio, el tabú se aplica de manera más estricta a las mujeres (Awusabo-Asare, 1996), y los maridos pueden contraer la infección si recurren a parejas casuales cuando sus esposas son inaccesibles sexualmente.

Con respecto a otras enfermedades venéreas, los factores biológicos y de comportamiento se combinan para ejercer presiones opuestas en los niveles de fecundidad y la prevalencia del VIH. Las enfermedades venéreas, en particular las que causan lesiones genitales, pueden facilitar la transmisión del VIH (Greenblatt y otros, 1988), mientras que las que causan cervicitis, salpingitis y enfermedades inflamatorias de la pelvis pueden provocar la esterilidad (Arya y otros, 1973; Organización Mundial de la Salud, 1988). La procreación es una importante fuente de categoría social en la mayor parte de las sociedades africanas y los hombres con frecuencia rechazan a sus parejas estériles. Esto suele conducir a un comportamiento asociado a un alto riesgo de infección por el VIH (Boerma, 1996). La preocupación de una mujer por demostrar su fecundidad puede precipitarla a una nueva relación sexual. Donde no existen otros medios de apoyo socioeconómico, puede verse atrapada en el trabajo comercial del sexo. Una vez más, los factores que reducen la fecundidad aumentan la probabilidad de infección por el VIH. Esto es cierto incluso en el caso de las mujeres que son estériles por razones que no tienen relación con las enfermedades venéreas, aunque, en África, las secuelas de estas enfermedades se cree que son la causa de la mayor parte de la esterilidad primaria (Larsen, 1994).

Efectos del VIH en la fecundidad individual y de la población

Los extensos sectores en los que existe un solapamiento de los determinantes socioeconómicos y próximos de las epidemias del VIH y la fecundidad ofrecen numerosas vías a través de las cuales una epidemia del VIH puede conducir a cambios de la fecundidad de una población afectada. Los principales mecanismos potenciales se enumeran en el cuadro 3. La lista incluye mecanismos que tienen efecto en el individuo y en la población. Los cambios en el individuo incluyen las respuestas puramente de comportamiento y los que entrañan alteraciones de la fisiología reproductiva. Los que afectan principalmente a las mujeres actualmente infectadas serán probablemente menos significativos en

Cuadro 3

Hipótesis de la dirección de los efectos de una epidemia del VIH en la fecundidad

Cambio biosocial		Todas las mujeres ^a	VIH + sólo	Efecto total
A. En el individuo				
BS1	Aumento de la viudedad	-	-	-
BS2	Menor frecuencia del coito debido al aumento de la morbilidad	-	-	-
BS3	Aumento de los abortos espontáneos y la mortalidad	-	-	-
BS4	Aumento de la amenorrea	-	-	-
BS5	Descenso de la fecundidad debido a la nutrición deficiente y la baja espermatogénesis	-	-	-
BS6	Reducciones de otras enfermedades venéreas		+	+
Cambio de comportamiento				
BH1	Retraso del inicio de la actividad sexual		-	-
BH2	Reducción de las relaciones sexuales prematrimoniales y extramatrimoniales		-	-
BH3	Postergación del matrimonio, que posiblemente dé lugar al aumento del celibato		-	-
BH4	Reducción de la poliginia		+	+
BH5	Aumento del divorcio	-	-	-
BH6	Reducción del número de nuevas nupcias	-	-	-
BH7	Cambio del método de planificación de la familia de la píldora al preservativo	+	+	+
BH8	Reducción de la lactancia	+	+	+
BH9	Reducción de la abstinencia durante el puerperio		+	+
BH10	Uso de preservativos por personas que anteriormente no usaban anticonceptivos	-	-	-
BH11	Menos anticoncepción debido a los efectos de reemplazo y seguro	+	+	+
BH12	Más anticoncepción y abortos para evitar la infección de los lactantes y la orfandad	-	-	-
B. En la población				
P1	Cambio de la estructura de la población por edad y sexo			+/-
P2	Exceso de mortalidad entre mujeres estériles			+
P3	Exceso de mortalidad entre usuarios de anticonceptivos hormonales			+
P4	Exceso de mortalidad entre mujeres con parejas múltiples			+

^a Puede tener un efecto desproporcionado en las mujeres seropositivas.

la población. Incluso en poblaciones gravemente afectadas, siempre hay una minoría de mujeres infectadas por el VIH y una fracción aún más pequeña que está en las etapas más avanzadas de la infección cuando efectos tales como la frecuencia del coito y el aumento de la amenorrea son más pronunciados. Otros cambios de comportamiento, por ejemplo, la postergación del inicio de la actividad sexual y el mayor uso de preservativos, pueden afectar a la mayoría de la población y durar largo tiempo después de que la epidemia alcanza su punto más alto.

Muchos de estos mecanismos reducirán la fecundidad, pero otros compensarán ese efecto. La importancia relativa de los distintos mecanismos variará de una población a otra, de manera que su efecto neto en la fecundidad también variará. En particular, la probable índole y escala del efecto neto de una epidemia del VIH de cualquier magnitud en la fecundidad de una población dependerá, entre otras cosas, del punto al que se haya llegado en la transición demográfica. Una variedad de factores que incluyen normas anteriores de uso de anticonceptivos y formación de uniones sexuales influirán en la índole de la respuesta del comportamiento a la epidemia. A esto se debe añadir la intención. ¿Se realizará un esfuerzo consciente de aumentar la fecundidad en respuesta al incremento de las tasas de mortalidad provocado por el VIH? En las poblaciones de alta mortalidad, las parejas pueden planear familias numerosas para “resarcirse” de la pérdida de los hijos¹ o decidir acelerar su norma de procreación cuando un hijo muere, por ejemplo, “reemplazar” conscientemente al hijo (Ware, 1977). En una epidemia del VIH, las personas que saben que tienen el VIH, y tal vez otras también, pueden tratar de acelerar la llegada de su descendencia.

¹ Por ejemplo, Ankrah sugiere que “las mujeres pueden tener más embarazos para contrarrestar lo que ven como una amenaza de mortalidad infantil y asegurar la supervivencia de, al menos, algunos vástagos” (Instituto PANOS, 1992).

En el cuadro 4 reclasificamos los mecanismos enumerados en el cuadro 3 según se puedan considerar acciones conscientes realizadas con la intención de influir en la fecundidad futura. Algunas de las acciones adoptan la forma de respuestas deliberadas a la epidemia. Sin embargo, sólo dos de ellas, el efecto de seguro y reemplazo después de la muerte de un niño y el aumento de la anticoncepción para evitar la transmisión vertical y la orfandad, representan intentos conscientes de influir en la fecundidad y actúan en direcciones opuestas. En muchos casos, la ansiedad por los efectos adversos en la salud maternoinfantil y la posibilidad de orfandad puede ser más fuerte que el deseo de una mayor fecundidad. El efecto total neto de estos cambios entre las mujeres seropositivas sería pequeño porque las mujeres que saben que tienen el VIH constituyen una pequeña minoría de las infectadas y, como se ha señalado anteriormente, las que viven con el VIH son ellas mismas una minoría de la población total en cualquier momento dado. Entre las que saben que están infectadas, la fecundidad puede ser la principal preocupación de las que tienen muy pocos hijos. Ahora bien, cuando se enteran de que están infectadas, la mayoría de ellas ya tiene 2 hijos o más y, para estas mujeres, la preocupación por la atención y el bienestar de los hijos que ya tienen puede ser superior a cualquier otra (Setel, 1995). El efecto de seguro puede ser más fuerte en las mujeres que no saben con certeza si están infectadas por el VIH (probablemente, la mayoría), pero estas mujeres también estarán deseosas de limitar su propio riesgo de infección. La reacción de cada una de estas mujeres individualmente dependerá, por supuesto, de las circunstancias culturales locales y de sus propias circunstancias socioeconómicas personales.

Dicho esto, el análisis presentado en el cuadro 4 pone de relieve la posibilidad de que una serie de cambios involuntarios en los determinantes próximos de la fecundidad den por resultado cambios considerables en los resultados de la fecundidad real. Estos cambios incluyen los de índole psicológica que afectan a las mujeres seronegativas con parejas seropositivas (columna 4), así como los que afectan directamente a las mujeres infectadas (columna 3). Incluyen las medidas adoptadas deliberadamente para evitar la transmisión del VIH que tienen consecuencias involuntarias y no reconocidas en la fecundidad. Los cambios en algunos determinantes de la fecundidad podrían ocurrir en cualquiera de esas formas. Por ejemplo, en igualdad de circunstancias, las mujeres infectadas que experimentan una elevada proporción de pérdida de feto y mortalidad infantil acortarán los períodos de lactancia y abstención, es decir, se producirá un “efecto de reemplazo” natural inconsciente. De manera análoga, las mujeres a quienes preocupa la posibilidad de transmitir la infección del VIH a sus hijos recién nacidos pueden acortar la lactancia, aun si no están seguras de su propio estado del VIH. La mujer que teme que su pareja pueda “descarriarse” si le niega el sexo demasiado tiempo puede acortar el período tradicional de abstinencia, mientras que otra que sospecha que su pareja puede estar ya infectada puede prolongar la abstinencia durante el puerperio.

Cuadro 4

Cambios en el plano individual derivados de una epidemia del VIH que pueden afectar a la fecundidad: cambios deliberados e involuntarios

Índole de las consecuencias	Índole de la respuesta al VIH			
	Deliberada		Involuntaria	
	Posibilidad de transmisión del VIH	Debido a que la mujer es VIH+	Debido a que la mujer es VIH+	Debido a una epidemia más extendida del VIH
Con intención de cambiar la fecundidad	BH11-BH12	BH11-BH12		
Consecuencias involuntarias en la fecundidad	BH1-BH10 ^a , BS6	BH6-BH8, BH10	BH5-BH6, BH8, BS2-BS5	BS1-BS2, BS5-BS6

^a En el caso del BH8 (reducción de la lactancia), el cambio sería para prevenir la posible transmisión de la madre al hijo. En cada uno de los otros casos, el cambio sería para prevenir la infección de la mujer.

Los mecanismos pueden caer dentro de más de una categoría. Por ejemplo, el divorcio se puede producir a raíz de haberse diagnosticado la infección por el VIH a cualquiera de los cónyuges. Si la mujer está infectada, su pareja se puede divorciar de ella, lo que sería un acontecimiento involuntario desde la perspectiva de la mujer (columna 3). En el caso inverso, ella podría divorciarse del marido para reducir sus propias posibilidades de infección, lo que sería un acontecimiento deliberado (columna 1).

Mecanismos y pruebas empíricas de los cambios en los determinantes de la fecundidad

La índole y escala prevista de los cambios en las tasas de natalidad después de un epidemia del VIH de un tamaño determinado reflejará los efectos combinados (incluidas las acciones recíprocas) de los diversos mecanismos identificados y variarán con arreglo al contexto local. En la segunda parte del presente documento, nos referimos a la manera en que los efectos relativos y combinados de los diversos mecanismos pueden acusar la influencia del contexto socioeconómico y demográfico subyacente y examinamos la importancia general de los cambios que afectan y los que no afectan concretamente a las mujeres infectadas con el VIH. Antes de hacerlo, describiremos los mecanismos individuales con más detalle y examinaremos las pruebas actuales de cambios en los determinantes próximos de la fecundidad. Hasta la fecha, los efectos plenos de las epidemias del VIH en la mortalidad sólo se han sentido en un número muy reducido de poblaciones y sólo se han realizado unos pocos estudios de su efecto en la fecundidad de la población. Donde se produce un cambio importante y duradero de comportamiento sólo después de haberse reconocido localmente un aumento de la mortalidad, el carácter y el grado potencial de dicho cambio estará velado en estudios tempranos. No obstante, existen suficientes pruebas para suponer razonablemente que las epidemias del VIH están teniendo una influencia importante en la fecundidad en poblaciones seriamente afectadas.

Cambios que afectan a todas las mujeres

Al examinar el efecto biosocial y de comportamiento del VIH en la fecundidad, empezamos por considerar los cambios que pueden afectar a las mujeres, independientemente de su estado respecto al VIH, para pasar seguidamente a examinar los cambios que afectan de manera predominante o exclusiva a las mujeres seropositivas. En el contexto más amplio, los efectos biosociales principales del VIH en la fecundidad es probable que se deriven de la estrecha relación que existe entre el VIH, otras enfermedades venéreas y la esterilidad. La esterilidad primaria y, en particular, la secundaria, siguen siendo comunes en los países del África subsahariana (Larsen, 1994), y el vínculo entre enfermedades venéreas no tratadas y la subfecundidad se ha demostrado cumplidamente (Arya, Nsanzumuhire y Taber, 1973; Sherris y Fox, 1993; OMS: Rowe, y Vikhlyaeva, 1988). En la medida en que el VIH agrava la susceptibilidad a otras enfermedades venéreas o influye de manera adversa en la historia natural y las respuestas al tratamiento de esas infecciones (Laga, 1992), una epidemia tenderá a aumentar la prevalencia de estas infecciones y, por ende, a reducir la fertilidad. Por otra parte, las enfermedades venéreas ulcerativas, y probablemente las no ulcerativas, pueden actuar de factores coadyuvantes en la transmisión por vía sexual del VIH (Greenblatt y otros, 1988; Laga, 1992; Latif y otros, 1989). Mejores servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades venéreas pueden reducir la incidencia de nuevas infecciones por el VIH (Grosskurth y otros, 1995) y se promueven como medida eficaz para contrarrestar las epidemias. Donde esos servicios consiguen reducir la prevalencia de otras enfermedades venéreas, se producirá una presión al alza de la fecundidad (Garnett y otros, 1992). De hecho, se cree que la mejora de los servicios para la atención de enfermedades venéreas ha contribuido al aumento temprano de las tasas de natalidad observadas en las etapas iniciales de la transición de la fecundidad en muchos países en desarrollo (Dyson y Murphy, 1985).

También se podría esperar que las reducciones de las tasas de cambio de pareja redujesen el ritmo de propagación de las enfermedades venéreas (Allen y otros, 1992), con el consiguiente aumento de las tasas de natalidad. El creciente uso de preservativos también reduciría la prevalencia de enfermedades venéreas y la esterilidad afín, pero la presión resultante al alza de la fecundidad quedaría anulada por su efecto anticonceptivo. Esas relaciones individuales se han demostrado en estudios empíricos, pero, hasta ahora, se dispone de pocos datos sobre su efecto neto en la población. En conjunto, parece que es

más probable que los programas de tratamiento de enfermedades venéreas para el control del VIH aumenten la fecundidad, en particular entre las mujeres VIH negativas, pero se necesitan más estudios para confirmar esta hipótesis.

Tanto las mujeres no infectadas como las infectadas pueden tener parejas regulares seropositivas, pero la posibilidad de que esto ocurra es mayor entre estas últimas. La fecundidad de una mujer cuya pareja está infectada puede disminuir debido a la fertilidad reducida de la pareja, bien por la menor frecuencia del coito (Dublin y Blattner, 1993) o por la reducción de la espermatogénesis (Krieger y otros, 1991; Martin y otros, 1991). En la minoría de los casos, cuando la pareja ha sido diagnosticada como seropositiva o se sospecha que está infectada, puede ser más probable el uso de preservativos. Por último, en las zonas de alta prevalencia del VIH, la incidencia de la viudedad también aumentará. Muchas de esas mujeres estarán infectadas y algunas no sobrevivirán a su pareja mucho tiempo. Aun así, las tasas de natalidad de las que sobreviven y no contraen nuevas nupcias caerán. Cada vez son más problemáticas las segundas nupcias de las viudas por el peligro de la transmisión del VIH (Gregson y otros, 1997b).

La mejor prueba de las respuestas de comportamiento a las epidemias del VIH que afectan la fecundidad provienen de unos pocos estudios cuantitativos y cualitativos de pequeña escala (Asiimwe-Okiror y otros, 1997; Gregson y otros, 1997b, Mukiza-Gapere y Ntozi, 1996). Encuestas de más envergadura de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas también han revelado cambios de comportamiento, pero son difíciles de evaluar. El sesgo informativo presenta un grave problema y algunas cuestiones no son suficientemente específicas, por ejemplo, las relativas al uso de preservativos a menudo no hacen una distinción entre parejas casuales y regulares o uso sistemático y ocasional. El alcance del cambio de comportamiento investigado en esos estudios rara vez se extiende más allá de las tasas de adquisición de pareja y uso de preservativos.

Las relaciones y el embarazo prematrimoniales son comunes en el África subsahariana, y el primer matrimonio se contrae a una edad temprana (Gage y Meekers, 1994). En principio se creía que la epidemia del VIH daría por resultado una mayor actividad sexual femenina a una edad temprana, ya que los hombres buscarían parejas más jóvenes por considerarlas un riesgo menor de infección (Instituto PANOS, 1989). Sin embargo, los resultados de un estudio longitudinal en zonas urbanas de Uganda señalan un aumento de la edad de las primeras relaciones sexuales y del primer matrimonio asociado al aumento reciente del SIDA (Asiimwe-Okiror y otros, 1997). Esta asociación está respaldada por las conclusiones de los debates de grupos de control celebradas con jóvenes de seis distritos de Uganda. Los participantes declararon temer al matrimonio por la inseguridad en cuanto al estado del VIH de su futura pareja (Mukiza-Gapere y Ntozi, 1996). Otro estudio ugandés (Carpenter y otros, 1997) halló una fecundidad en descenso entre los que nunca se habían casado, prueba de una disminución de la actividad sexual antes del matrimonio. Gregson (1977b) comprobó que en dos zonas rurales de Zimbabwe las mujeres jóvenes que eran más conscientes de los riesgos de infección por el VIH postergaban su iniciación sexual. Dado que una proporción considerable de mujeres es sexualmente activa antes del matrimonio en muchas poblaciones del África subsahariana (Crauel, 1995), la reducción de las relaciones sexuales antes del matrimonio o el aumento del uso de preservativos en las uniones prematrimoniales, a causa del temor que inspira el SIDA, reducirán las tasas de embarazo antes del matrimonio. Cuando los embarazos prematrimoniales precipitan el matrimonio precoz, su reducción provocará un aumento de la edad al contraer matrimonio y nuevas reducciones de la fecundidad en la adolescencia.

Los informes anecdóticos de disolución del matrimonio después de un diagnóstico o sospecha de infección por el VIH son numerosos². El personal de las clínicas de Uganda a las que acude el público a hacerse los análisis del VIH y en busca de orientación psicológica relatan historias de parejas que se separan inmediatamente al recibir los resultados de los análisis, y también se dice que se han dado muchos casos de mujeres e hijos abandonados por los maridos (Ndinya-Achola y otros, 1990). No obstante, las opciones de una mujer cuyo marido está infectado o es infiel rara vez son claras. En Zimbabwe, como

² Los participantes en los grupos de control de Mukiza-Gapere y Ntozi informaron de casos tanto de aumento como de reducción de estabilidad marital. Algunos declararon que ahora es más probable que en el pasado que la infidelidad conduzca al divorcio, mientras que otros sostuvieron que la epidemia ha reducido los casos de infidelidad, por lo que el divorcio es menos común (Mukiza-Gapere y Ntozi, 1996).

en otros lugares, el divorcio suele apartar a la mujer de la familia convencional y de los recursos económicos y aumenta las probabilidades de que se dedique al sexo comercial. No debe sorprender que la prevalencia del VIH sea especialmente alta entre las mujeres divorciadas (Gregson y otros, 1995). Una serie de mujeres entrevistadas declararon que las mujeres divorciadas pueden encontrar dificultades para volver a casar, lo que atribuyeron, entre otras cosas, a la posibilidad de la infección por el VIH (Gregson y otros, 1997b). Entre las mujeres que no están casadas, las tasas de natalidad son ya mucho más bajas que entre otras mujeres, el coito es menos frecuente y el uso de preservativos más regular, porque el VIH reduciría aún más la fecundidad extramatrimonial.

En el estudio de Zimbabwe, se preguntó a las mujeres si la epidemia del SIDA las había hecho cambiar de opinión respecto al número de hijos que deseaban o cuándo deseaban tener el próximo hijo. Casi la mitad afirmó que ahora deseaba menos hijos y una proporción similar indicó una preferencia por retrasar el próximo alumbramiento. Muy pocas querían más hijos o acelerar su nacimiento (Gregson y otros, 1997b). Las tasas de natalidad ya están cayendo en Zimbabwe, de manera que es posible que la pauta de respuesta haya estado influida por un deseo más general y extendido de reducir la fecundidad. Dadas las presiones culturales subyacentes, como la categoría que confiere la maternidad y la importancia de la supervivencia de los descendientes, se podría haber esperado que la epidemia del SIDA invirtiese esta tendencia, al menos entre las mujeres más jóvenes. No obstante, no se encontraron pruebas de una asociación entre un mayor conocimiento de los riesgos de la infección por el VIH y un deseo de aumentar el tamaño de la familia. Hasta la fecha, cualquier efecto consciente de reemplazo o seguro parece débil en esta población.

La epidemia del VIH podría provocar un aumento del uso de anticonceptivos y alterar la combinación de métodos utilizados debido a la necesidad de protegerse de la infección y por el impulso que da a un debate más abierto sobre la sexualidad y la salud genésica. Podrían surgir nuevas normas de uso de métodos anticonceptivos, ya que algunos de ellos protegen de la infección del VIH, mientras que otros pueden actuar de factores coadyuvantes de su transmisión (Daly y otros, 1994). Nuevos métodos, como el preservativo femenino, pueden ofrecer a la mujer mejor protección contra la infección por el VIH transmitida por vía sexual (Ray y otros, 1995). La Federación Internacional de Planificación de la Familia y algunos gobiernos occidentales han recomendado la combinación de métodos anticonceptivos, ya que los preservativos pueden ser relativamente inseguros como método de planificación de la familia (Doppenburg, 1993; Gordon y Klouda, 1989). No obstante, se producen muchos fallos a causa del uso incorrecto y se puede mejorar la eficacia con programas educativos intensivos sobre el VIH. En gran parte del África subsahariana existen obstáculos prácticos y culturales a una amplia aceptación del preservativo³. Por ejemplo, pocas mujeres están familiarizadas con su uso, que está asociado a las relaciones casuales y no a las relaciones a largo plazo con fines de procreación (Mehryar, 1995).

Los métodos anticonceptivos modernos se han popularizado mucho en Zimbabwe en el último decenio y son responsables, en gran parte, del reciente descenso de la fecundidad (Mandishona, 1989; Parirenyatwa, 1995). El preservativo es el método de anticoncepción más común, pero todavía sólo lo usan el 8% de los usuarios de métodos modernos. Una pequeña minoría de mujeres de zonas rurales (6%) declara haber cambiado de método después de haber oído hablar del SIDA; casi todas estas mujeres usan ahora preservativos y una tercera parte de ellas usa ahora una combinación de la píldora y el preservativo (Gregson y otros, 1997b). En las zonas urbanas, una intensa educación entre compañeros y campañas de distribución de preservativos han llevado a un aumento considerable del uso declarado de preservativos en las relaciones casuales, que se ha confirmado por un reciente descenso de casos de enfermedades venéreas (Wilson y otros, 1994). En Uganda, donde la epidemia está más avanzada, se tiene noticia de un aumento del uso de preservativos entre adolescentes y adultos (Asiimwe-Okiror y otros, 1997; Konde-Lule y otros, 1997; Kilian y otros, 1998). Dada la poca frecuencia de uso de anticonceptivos en Uganda (Kaijuka y otros, 1989), este aumento también puede haber reducido el número de embarazos no planificados.

³ Muchos autores han señalado los obstáculos culturales que se oponen al uso generalizado de los preservativos en las sociedades africanas (Ankrah, 1991). Otros han puesto de relieve el potencial de una educación más activa en materia de preservativos (Mbizvo y Adamchak, 1989) y la conveniencia de hablar a los hombres directamente como "seres humanos racionales, que comprenden lo que es esencial para la protección y garantía de su propia supervivencia así como la de su esposa y su descendencia", de la necesidad de un cambio de actitudes y comportamientos, en particular en el contexto de graves epidemias del VIH.

La práctica de la lactancia es casi universal en el África subsahariana y contribuye a prolongados períodos en que la mujer no es susceptible a la concepción después del parto. La lactancia es también un importante mecanismo de transmisión vertical del VIH (Dunn y otros, 1992; Van de Perre y otros, 1991), hecho al que hasta ahora no se ha dado difusión en las comunidades africanas a causa de los grandes beneficios de la lactancia para la salud maternoinfantil (Organización Mundial de la Salud, 1995). No obstante, muchas mujeres sospechan que el VIH se puede transmitir por la lactancia y algunas han abandonado la práctica (Gregson y otros, 1997b). Un conocimiento más generalizado del vínculo entre lactancia e infección infantil dará lugar, probablemente, a nuevas reducciones de esta práctica donde existan opciones viables. En la medida en que esto sea resultado de una mejor prestación (y uso) de servicios voluntarios de análisis y orientación psicológica para mujeres gestantes, se podría persuadir a la mayoría de ellas, cuyos resultados sean negativos, a continuar la lactancia. Ahora bien, en general, es probable que se produzca alguna presión al aumento de la fecundidad, en particular donde la frecuencia del uso de anticonceptivos es baja.

La abstinencia durante el puerperio sigue siendo práctica común de muchas mujeres africanas, aunque por períodos más breves que en el pasado (Caldwell y Caldwell, 1977; Caldwell y otros, 1989). Los hombres de las zonas rurales de Zimbabwe citaron la abstinencia femenina durante el puerperio como un motivo de sus relaciones extramatrimoniales. Las mujeres temían la infección por el VIH, porque sospechaban que su pareja había tenido otras relaciones y, en algunos casos, acortaron su período de abstinencia para reducir esa posibilidad (Gregson y otros, 1997b). Las relaciones extramatrimoniales son comunes entre los hombres en muchas poblaciones africanas (Carael, 1995) y no parece probable que sea sólo en Zimbabwe donde se produzcan con más frecuencia durante el período de abstinencia de la mujer. Cuando el marido queda infectado en esos períodos, la mujer corre un riesgo especialmente alto de infección al reanudar las relaciones sexuales, porque la infección del marido es reciente y sumamente contagiosa (Hudson, 1993). Del mismo modo, si una mujer queda infectada durante la lactancia, el riesgo de transmisión vertical se agrava. Así pues, un período de abstinencia femenina en el puerperio, durante el cual el marido tiene otras relaciones, a las que sigue la reanudación de la actividad sexual antes de que termine la lactancia, podría dar por resultado la infección de ambos cónyuges y del hijo. Si más mujeres estuvieran mejor informadas de estos aspectos de la transmisión del VIH, se podrían hacer nuevos ajustes en las prácticas de abstinencia y lactancia. Esos cambios podrían propagarse rápidamente, ya que la idea de que las relaciones sexuales durante la lactancia pueden ser perjudiciales para la salud del niño porque la leche está envenenada es común en las culturas africanas.

Cambios que afectan en particular a las mujeres infectadas por el VIH

La reducción de la fecundidad entre mujeres seropositivas se ha documentado en medios clínicos (Allen y otros, 1993; Batter y otros, 1994; Ryder y otros, 1991) y, en fechas más recientes, en estudios realizados entre la población (Carpenter y otros, 1997; Sewankambo y otros, 1994). Los datos de Uganda indican que las tasas de embarazo pueden ser un 50% más bajas, aun después de tener en cuenta los efectos de otros factores, como la presencia de otras enfermedades venéreas (Gray y otros, 1997). La asociación puede ser más estrecha en edades más avanzadas (Allen y otros, 1993; De Cock y otros, 1994; Gray y otros, 1997; Johnstone y otros, 1988; Stephenson y otros, 1996), lo que se puede atribuir, entre otros motivos, a la mayor reducción de la fecundidad que se observa normalmente en las etapas avanzadas de la infección por el VIH (Ryder y otros, 1991).

Los mecanismos causantes del descenso de la fecundidad en las mujeres infectadas por el VIH todavía no se comprenden bien, pero probablemente reflejan una combinación de factores biosociales y de comportamiento. El aborto espontáneo y la mortinatalidad parecen ser más comunes entre estas mujeres (Gray y otros, 1997; Miotti y otros, 1991;

Ryder y Temmerman, 1991; Brocklehurst y French, 1998). También se ha registrado una mayor frecuencia de la amenorrea en mujeres que están en las últimas etapas de la infección por el VIH (Widy-Wirski y otros, 1988) y la frecuencia del coito es susceptible de disminuir. Ahora bien, si mueren en la infancia muchos hijos de mujeres seropositivas, los períodos medios de lactancia y abstinencia tenderán a ser más cortos y puede aumentar la tasa de concepción. Parte de la subfecundidad observada en una cohorte de mujeres ugandesas, con fechas de infección conocidas, se debió a una tasa de gravidez inferior a la media antes de la infección por el VIH (Ross y otros, 1998).

Después de un diagnóstico del VIH positivo, puede producirse una serie de cambios distintos de comportamiento. En las zonas rurales de Zimbabwe, casi todos los informantes opinaban que una mujer que se entera de que está infectada debería dejar de tener hijos. Los motivos aducidos incluían el riesgo de transmisión vertical (que muchos creían que era inevitable) y la preocupación por los huérfanos (Gregson, 1997b). Ahora bien, lo que las mujeres hacen en realidad cuando se enfrentan a la decisión puede ser diferente. Algunas no quieren informar a su pareja por miedo a la violencia y el abandono (Keogh y otros, 1994; Temmerman y otros, 1993) y por tanto tendrán dificultades en negociar el uso continuo de anticonceptivos. En cuanto a otras, en particular las que tienen pocos hijos vivos, el deseo de tener hijos puede sobreponerse a la preocupación por la transmisión del VIH. Esto puede contribuir al tamaño más pequeño de los descendos de la fecundidad observados en las edades más jóvenes. Si bien se ha declarado un uso más alto de preservativos y más bajo de la píldora en un estudio controlado de mujeres seropositivas, se consideró que el uso era inestable y que probablemente tenía poco efecto en la fecundidad (Keogh y otros, 1994; Ryder y otros, 1991; Setel, 1995). En los países occidentales, las mujeres seropositivas, entre ellas algunas africanas de raza negra, tienen tasas más altas de abortos provocados (Stephenson y otros, 1996; Thackway y otros, 1997), pero es difícil saber si lo mismo sucede en África. Sabemos que la interrupción voluntaria del embarazo es común, sobre todo entre las mujeres solteras jóvenes, pero suele ser ilegal. En consecuencia, se suele recurrir a procedimientos peligrosos y el aborto es una de las principales causas de mortalidad materna (Mpangile y otros, 1993; Rogo, 1993). Ahora bien, los datos del ex Zaire indican que el exceso actual de abortos provocados entre mujeres infectadas en el África subsahariana es pequeño (Ryder y otros, 1991).

Existen muy pocos datos directos sobre decisiones en cuanto a la lactancia después de un diagnóstico del VIH. A las mujeres infectadas que viven en zonas del África subsahariana, en las que son comunes las enfermedades diarreicas y otras infecciones potencialmente mortales, se les suele aconsejar la práctica de la lactancia, por los beneficios de salud que ofrece. La OMS ha propuesto que se revelen y discutan estas cuestiones con las mujeres que se sabe que son seropositivas (Organización Mundial de la Salud, 1996). En la actualidad hay muy pocas de esas mujeres, pero un mejor acceso a servicios voluntarios de análisis clínicos y orientación psicológica, que pueden seguir a la aparición de terapias más asequibles para reducir la transmisión vertical, podría conducir a reducciones de la lactancia y la pérdida del feto, posiblemente neutralizadas por el aumento de los abortos provocados y el uso subsiguiente de anticonceptivos, en particular en las zonas urbanas.

Por último, la mujer a la que se le ha diagnosticado la infección por el VIH y se lo notifica a su pareja, o cuya pareja sospecha que está infectada, es mucho más probable que tenga que pasar por el divorcio y la separación, le será más difícil encontrar nuevo marido y, por tanto, tendrá una fecundidad más baja.

Los efectos en la población

La influencia a largo plazo de una epidemia del VIH en la fecundidad de la población es mayor que la suma de sus efectos en los individuos. Ello se debe a que, con el tiempo, modificará considerablemente la composición de la población. En los primeros años de una epidemia, los individuos con tasas altas de adquisición de pareja sexual y uso infrecuente de preservativos se infectan y mueren con más rapidez que la población en conjunto. Si

no son reemplazados, disminuirá su representación en la población. Si su fecundidad difiere de la fecundidad de la población general, la fecundidad general se verá afectada donde constituyan una parte considerable de la población inicial. Ya hemos señalado que las mujeres infecundas tienen tasas más altas de enfermedades venéreas y cambio de pareja y, por tanto, mayor riesgo de infección por el VIH. En una epidemia importante del VIH, la proporción de mujeres infecundas descenderá y la fecundidad de la población tenderá a aumentar.

Otros subgrupos de población también pueden ser afectados de manera desproporcionada con efectos opuestos. Por ejemplo, en fases más avanzadas de una epidemia, si las personas menos instruidas responden con más lentitud a las campañas de educación e información, pueden tener tasas más altas de infección (Kilian y otros, 1998), fenómeno que suprimiría la fecundidad en algunas poblaciones. Por último, los cambios en la estructura de edad y sexo de la población también pueden afectar la fecundidad al concentrar a la población en grupos de edad más o menos fecunda e influir en las modalidades de nupcialidad.

CONSECUENCIAS DEL EFECTO DEL VIH EN LA FECUNDIDAD

Aunque muchas de las influencias recíprocas del VIH y la fecundidad se han observado y documentado, no existen estudios empíricos de sus consecuencias en la población general. De hecho, dichos estudios serían muy difíciles de diseñar, ya que sería necesario tener en cuenta otras influencias seculares sobre la fecundidad. Documentar las consecuencias en las personas infectadas y no infectadas exigiría un análisis del VIH en gran escala, lo cual no sería ético, a menos que se pudiera prestar asistencia a los participantes. En estas circunstancias, los métodos basados en modelos matemáticos ofrecen las mejores posibilidades de estudiar los efectos del VIH en la fecundidad de la población. En esta sección utilizamos una versión ampliada del modelo de Zaba (1994). Se trata de un modelo determinista de población estable, basado en procedimientos de tablas de mortalidad de decrementos múltiples, que toman en cuenta la gama total de determinantes próximos de fecundidad tanto en poblaciones seropositivas como seronegativas. Las consecuencias en la fecundidad y la mortalidad de una epidemia se integran en el modelo. De este modo, es posible hacer estimaciones del crecimiento y la estructura de una población estable, en la que la epidemia del VIH también se ha estabilizado a un nivel compatible con un patrón supuesto de riesgo de infección *per coitus*. Una especificación matemática del modelo se puede encontrar en el documento original.

Escala prevista del cambio de de fecundidad: países más desarrollados y menos desarrollados

En esta sección presentamos algunas ilustraciones cuantitativas del efecto posible en la fecundidad de una epidemia del VIH de tamaño fijo, en poblaciones que se encuentran en las etapas previa/temprana y media/tardía de la transición de la fecundidad. Para los fines de este ejercicio, suponemos que aquéllas están más desarrolladas que éstas y se caracterizan por un uso más generalizado de anticonceptivos y una mortalidad no relacionada con el VIH más baja. El cuadro 5 muestra estos dos tipos de población, tanto antes como durante la epidemia del VIH.

En la fase previa a la epidemia, algunas de las características importantes de la población más desarrollada son: edad más joven de la menarquia, mortalidad del feto más baja y niveles más bajos de esterilidad, abstinencia final y durante la lactancia y el puerperio, todas las cuales tienden a aumentar sus niveles naturales de fecundidad. No obstante la población más desarrollada también se supone que tiene el comienzo de su actividad sexual más tarde, mayor frecuencia de uso de preservativos, tasas más altas de ruptura de unión sexual y tasas más bajas de establecimiento de nuevas uniones sexuales. Las mujeres

Cuadro 5
Valores plausibles de parámetros determinantes de pautas de fecundidad en países más desarrollados y menos desarrollados del África subsahariana que se enfrentan a epidemias del VIH

	Fecundidad teórica máxima	Países menos desarrollados			Países más desarrollados		
		Pre-VIH	VIH-	VIH+	Pre-VIH	VIH-	VIH+
Fecundidad							
Escala de edad (menarquía, menopausia)	[10, 55]	[14, 50]	[14, 50]	[14, 45]	[12, 50]	[12, 50]	[12, 45]
Pérdida del feto (según normas de EE.UU.)	1,00	1,10	1,10	1,40	1,05	1,05	1,30
Esterilidad secundaria (baja, alta) (%)	[10 -]	[30, 80]	[30 -]	[-0, 80]	[20, 50]	[20 -]	[-0, 50]
Amenorrea de la lactancia (meses)	1,5	12	9	6	9	6	3
Uniones sexuales							
Edad en la primera relación sexual (la más joven, media)	[12, 16]	[12, 17]	[13, 18]	-	[14, 19]	[15, 20]	-
Divorcio y separación (riesgo anual) (%)	0	5	5	10	10	10	20
Viudedad (esperanza de vida del hombre)	85	50	40	25	60	45	30
Nuevas nupcias (tasa anual máxima) (%)	100	100	80	40	70	50	20
Nuevas nupcias (edad máxima) (años)	30	25	25	20	25	25	20
Frecuencia del coito							
Abstinencia en el puerperio (meses)	1,5	4	2	6	3	2	4
Abstinencia final (edad al inicio)	60	50	45	40	55	50	45
Frecuencia del coito (mínima, máxima)	[0,1, 0,5]	[0,06, 0,3]	[0,06, 0,3]	[0,03, 0,3]	[0,06, 0,3]	[0,06, 0,3]	[0,03, 0,3]
Anticoncepción							
Uso máximo por edad (%)	0	0	2	2	55	65	65
Edad al uso máximo (años)	-	-	25	25	35	35	35
Uso de preservativos como % de anticoncepción	0	0	100	100	2	20	20

activas sexualmente tienen las mismas tasas de frecuencia del coito en ambas poblaciones; en cada caso, la frecuencia del coito disminuye con la duración de la unión sexual. Aunque los dos modelos no se han calibrado para representar a países determinados, pueden considerarse típicos de poblaciones en la etapa previa a la transición de África oriental (por ejemplo, República Unida de Tanzania y Uganda), en el caso menos desarrollado, y las poblaciones en mitad de la transición de África meridional (por ejemplo, Zimbabwe y Botswana), en el más desarrollado.

Para poner de relieve la índole antagónica de los efectos en los determinantes de la fecundidad en estas circunstancias diferentes, partimos del supuesto de que el VIH alcanza un nivel de prevalencia endémica constante de, aproximadamente, un 15% entre las mujeres en edad de procrear en ambos casos. Por supuesto, es posible que el grado de desarrollo anterior influya en la gravedad de la epidemia del VIH, pero aquí no hemos investigado esa posibilidad. El cuadro 5 muestra nuestras hipótesis respecto a los cambios en los determinantes de fecundidad que se producen entre las mujeres infectadas y no infectadas a raíz de la epidemia. Las diferencias incluyen más pérdidas del feto y menor edad media a la menopausia entre las mujeres infectadas, de las que también se supone que acortaron el período de lactancia, tenían tasas más altas de ruptura de unión, tasas más bajas de nueva unión y tasas más bajas de frecuencia del coito en la unión. No diseñamos modelos de cambios que reflejan intentos deliberados de alterar la fecundidad en respuesta al estado del VIH o cambios en normas de fecundidad derivadas del conocimiento de la creciente mortalidad.

Nuestras hipótesis sobre las modalidades de iniciación de la actividad sexual, comienzo de la esterilidad secundaria y uso de preservativos necesitan una explicación más detallada. Las mujeres que nunca han sido activas sexualmente son, por definición, no infectadas. La edad al tener la primera relación sexual y el aumento de la actividad sexual se definen, por tanto, sólo para las que no están infectadas, que se supone que están en riesgo de contraer la infección. Dado que quienes inician la actividad sexual a edad más

joven corren más riesgo en el curso de su vida de contraer la infección, las medidas retrospectivas de edad media al iniciar la actividad sexual son más bajas para las mujeres seropositivas. Éste es un efecto de selección en vez de un determinante de la fecundidad de las mujeres infectadas.

Se clasificó a las mujeres con arreglo a su riesgo de esterilidad como efecto secundario de las enfermedades venéreas. Dado que la misma norma de comportamiento sexual está en la base de los riesgos de enfermedades venéreas y de infección por el VIH y cada uno de ellos puede actuar de factor coadyuvante de la transmisión del otro, las mujeres que contraen la infección por el VIH se concentran en el grupo que tiene el mayor riesgo de esterilidad. Los patrones de edad (pero no los niveles últimos) del comienzo de la esterilidad secundaria e incidencia del VIH se supone que son los mismos.

Las tasas de uso de anticonceptivos se suponen iguales para las mujeres infectadas y no infectadas, pero donde comprobamos los efectos del uso del preservativo suponemos que las mujeres no infectadas que están usando actualmente el preservativo están protegidas contra la infección. De este modo, se seleccionan inicialmente las mujeres seropositivas como no usuarias de preservativos al contraer la infección, pero este supuesto se relaja posteriormente —después de la seroconversión, se considera que las tasas de uso de preservativos son las mismas en ambos subgrupos.

La manera en que los determinantes de la fecundidad se combinan en los subgrupos infectados y no infectados para regular la fecundidad de la población se modifica por el tamaño de la epidemia y la gravedad de sus consecuencias en la mortalidad. Estos factores determinan el equilibrio entre la proporción de la población que está sana y la que está enferma en cada edad. En ambas hipótesis, el tiempo promedio de supervivencia se fijó en 11,5 años a partir de la infección, en el caso de los adultos, y 2 años, en el de los lactantes⁴. El riesgo de infección *per coitus* con nueva pareja que dio por resultado una prevalencia del 15% fue del 0,2% —se partió del supuesto de que los riesgos de infección *per coitus* disminuirían con la duración de la unión, hasta llegar al 0,02% en las uniones de más de 5 años, para representar un efecto de selección por el que las uniones en las que tanto el hombre como la mujer tienen escasas relaciones sexuales con otros se suponen que son más estables.

Para ilustrar el efecto combinado de posibles cambios en diferentes determinantes próximos usamos el modelo de descomposición de Bongaarts (Bongaarts y Potter, 1983; Gregson, 1994). En el cuadro 6 y los gráficos 1a y 1b se presenta un resumen de los resultados. La reducción general de la fecundidad global es pequeña en la hipótesis de los países menos desarrollados (menos del 3% en total), pero en la hipótesis de los países más desarrollados hay un marcado descenso de la fecundidad (16%). En la hipótesis de los países menos desarrollados, la fecundidad global de las mujeres seropositivas es de casi la mitad de la que tienen las mujeres seronegativas, pero esta diferencia casi desaparece en la hipótesis de los países más desarrollados. En ambos casos, se produce un cambio del equilibrio de la reducción de la fecundidad atribuible a los diferentes determinantes próximos. En las uniones sexuales aumenta la importancia del riesgo y la anticoncepción, mientras que el papel de las variables que controlan la fecundidad disminuye. El motivo de esta disminución de la importancia de las variables que controlan la fecundidad es, en parte, estructural: las mujeres con menos riesgo de esterilidad secundaria constituyen ahora una fracción de la población total mayor que antes, ya que las mujeres de alto riesgo han desaparecido por los altos niveles de mortalidad por el VIH.

El cuadro 6 muestra el posible efecto en la fecundidad de cada parámetro del modelo. El uso del preservativo reduce la fecundidad menos que otras formas de anticoncepción. Esto no se debe a ineficacia del preservativo, que no se ha tenido en cuenta en este modelo, sino que se explica por efectos estructurales. Un mayor uso de preservativos hace que un número mayor de mujeres esté libre del VIH y otras enfermedades venéreas, por lo que tiene tasas de fecundidad más altas. El uso proporcionalmente más alto de preservativos también reduce el efecto de la anticoncepción en los infectados por el VIH. Esto refleja la selección inicial de usuarios de anticonceptivos distintos del preservativo en el grupo de in-

⁴ Estos promedios de tiempo de supervivencia corresponden a promedios de tiempo de supervivencia de, aproximadamente, 8 y 1,5 años, respectivamente.

Cuadro 6
Índices de Bongaarts y fecundidad global de los países más desarrollados y menos desarrollados del África subsahariana que se enfrentan a epidemias del VIH

	Países menos desarrollados				Países más desarrollados			
	Antes del VIH	Durante la epidemia del VIH			Antes del VIH	Durante la epidemia del VIH		
		Todos	VIH-	VIH+		Todos	VIH-	VIH+
Fertilidad	0,52	0,56	0,60	0,39	0,63	0,67	0,68	0,51
Menarquia–menopausia	0,85	0,82	0,85	0,67	0,88	0,84	0,87	0,71
Pérdida del feto	0,93	0,88	0,92	0,72	0,97	0,92	0,96	0,78
Infecundidad	0,87	0,90	0,93	0,78	0,93	0,94	0,96	0,87
Amenorrea de la lactancia	0,71	0,78	0,77	0,82	0,77	0,86	0,85	0,91
Uniones sexuales	0,93	0,83	0,87	0,80	0,80	0,65	0,71	0,60
Edad en la primera relación sexual	0,97	0,92	0,92	0,98	0,91	0,86	0,85	0,97
Divorcio y separación	0,95	0,92	0,95	0,88	0,90	0,86	0,90	0,78
Viudedad	0,99	0,98	0,98	0,97	1,00	0,98	0,99	0,97
Tasa de nuevas nupcias	1,00	0,96	0,98	0,96	1,00	0,95	0,97	0,88
Frecuencia del coito	0,81	0,78	0,82	0,58	0,84	0,83	0,87	0,67
Abstinencia del puerperio	0,92	0,94	0,97	0,84	0,95	0,95	0,97	0,90
Abstinencia final	0,98	0,91	0,93	0,82	0,99	0,96	0,98	0,92
Frecuencia del coito	0,89	0,87	0,90	0,76	0,89	0,87	0,90	0,76
Anticoncepción	1,00	0,97	0,98	0,97	0,62	0,57	0,54	0,67
Uso de anticonceptivos: proporción	1,00	0,97	0,98	0,96	0,68	0,61	0,61	0,63
Uso de anticonceptivos: distribución por edad	1,00	0,97	0,98	0,96	0,62	0,54	0,54	0,57
Uso de preservativos	1,00	0,97	0,98	0,97	0,62	0,57	0,54	0,67
Efecto total sin interacciones	0,39	0,35	0,42	0,18	0,26	0,21	0,23	0,14
Efecto total con interacciones	0,45	0,43	0,48	0,23	0,32	0,27	0,29	0,26
Fecundidad global–máxima teórica	14,6	14,6	14,4	15,9	14,6	14,6	14,4	15,9
Fecundidad global–real	6,5	6,3	6,9	3,7	4,6	3,9	4,1	4,1
Reducción de la fecundidad: número de hijos		-0,2				-0,7		
Reducción de la fecundidad: porcentaje		-3,0				-16,0		

fectados por el VIH: cuanto mayor es el número de practicantes de la anticoncepción que usa el preservativo, menor será la proporción de nuevos casos de individuos infectados que practica la anticoncepción. En ambos casos, la edad al tener la primera relación sexual tiene un efecto mucho menor en la reducción de la fecundidad entre las mujeres infectadas por el VIH que entre otras. La razón hay que buscarla en el hecho de que las mujeres infectadas son seleccionadas por su iniciación sexual más precoz —incluso en poblaciones en las que la actividad sexual suele empezar tarde, se encontrarán en un número desproporcionado entre las que empiezan su actividad sexual más pronto.

Las consecuencias en la vigilancia prenatal de la prevalencia del VIH

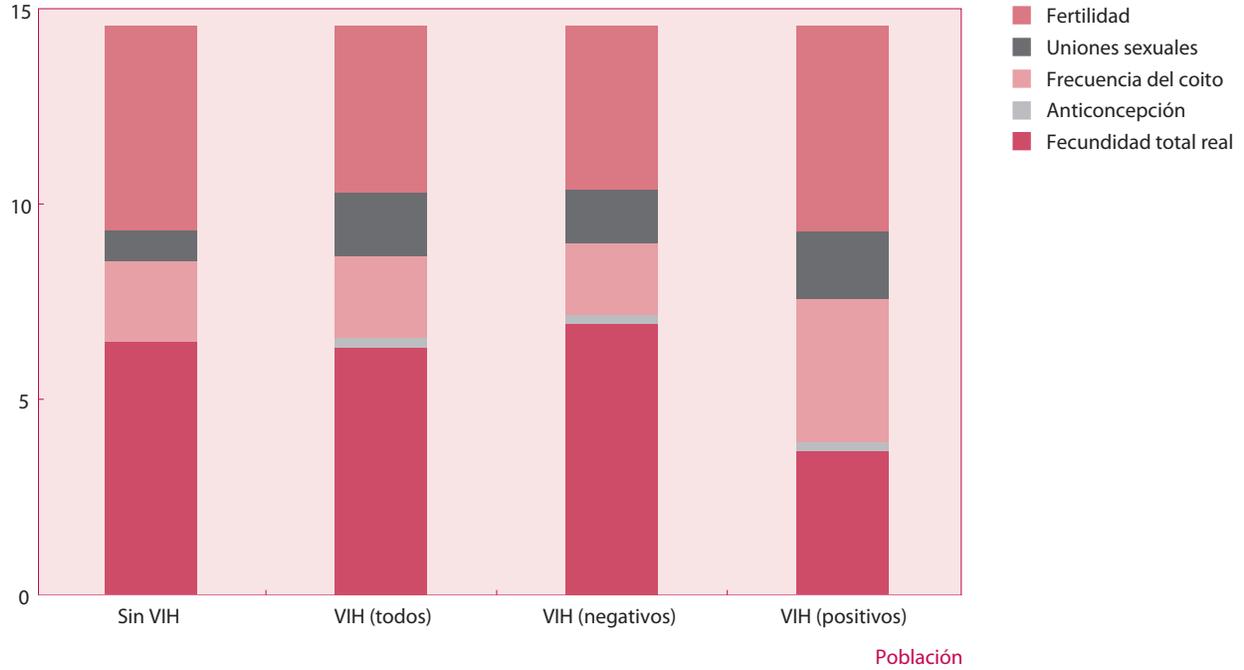
La mayor parte de las estimaciones de tasas nacionales de prevalencia del VIH se basan en análisis anónimos de mujeres que acuden a clínicas prenatales, ya que éste es un procedimiento cómodo, barato y aceptable desde el punto de vista ético (Chin, 1990). Se toma a las mujeres gestantes como representativas de todas las mujeres, de manera que estas estimaciones suelen usarse sin ajustes o sólo estandarizadas por edad. No obstante, hemos visto que pueden surgir grandes diferencias de fecundidad entre mujeres infectadas y no infectadas y que la epidemia misma puede afectar a la fecundidad de una población.

El gráfico 2 muestra la distribución de la fecundidad por edad de las mujeres infectadas y las no infectadas en las dos simulaciones. En ambos casos, las mujeres infectadas

Gráfico 1
Efecto del VIH en los determinantes próximos de fecundidad

a. Países menos desarrollados

Fecundidad global



b. Países más desarrollados

Fecundidad global

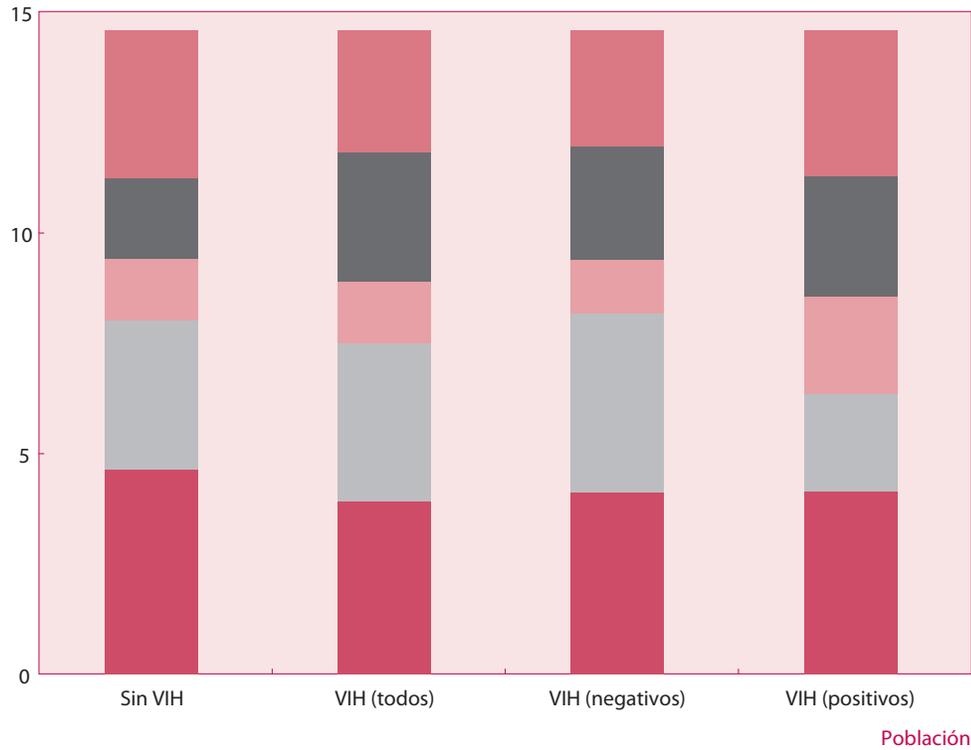
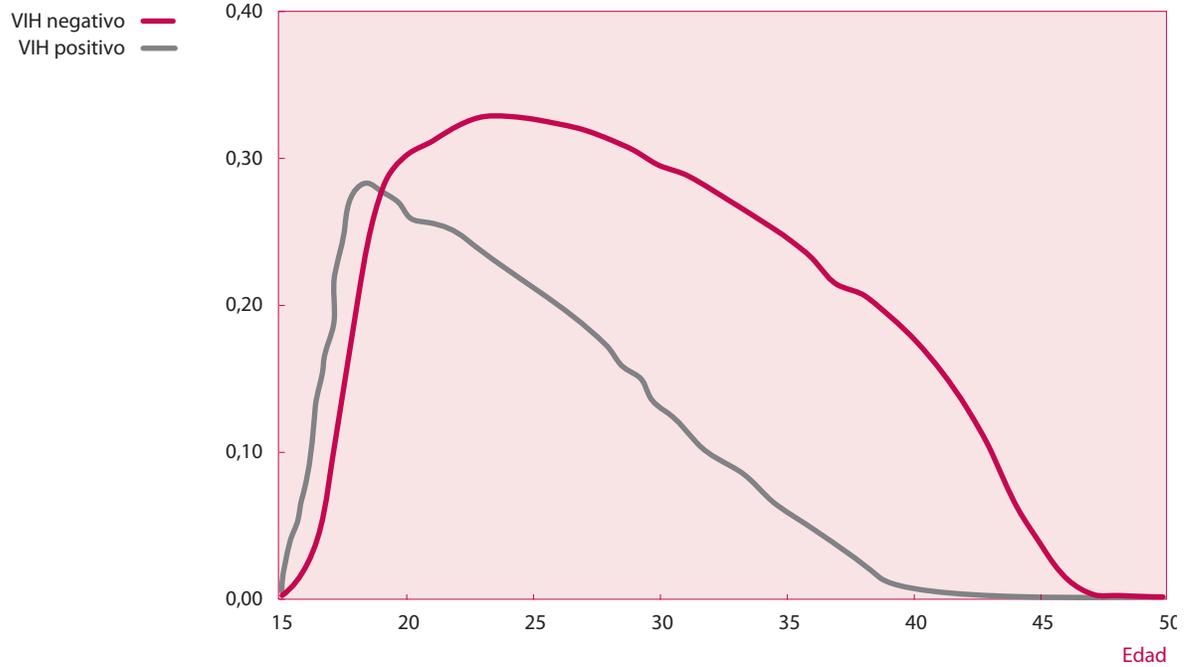


Gráfico 2
 Tasas de fecundidad por edad por estado de infección por el VIH

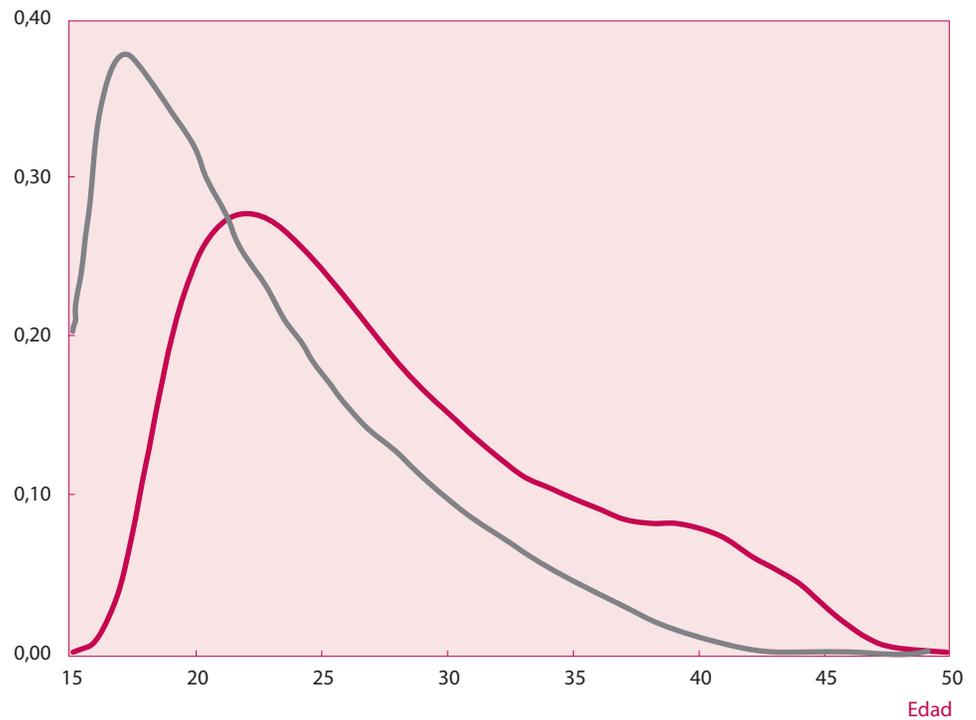
a. Países menos desarrollados

Tasas de fecundidad por edad



b. Países más desarrollados

Tasas de fecundidad por edad



tienen una fecundidad más alta que las no infectadas hasta la edad de 20 años, pero considerablemente más baja a partir de entonces. El efecto de la selección en edades jóvenes es más evidente en la hipótesis de poblaciones más desarrolladas, ya que se supone que en ellas la actividad sexual empieza más tarde, de manera que quienes quedan infectadas a una edad temprana son especialmente atípicas. Las diferencias entre la fecundidad por edad de las mujeres infectadas y no infectadas dan lugar a estimaciones de prevalencia del VIH prenatal más altas que las tasas de la comunidad a edades por debajo de 20 años, pero más bajas a partir de esa edad (Zaba y Gregson, 1998). La relación de edad entre prevalencia prenatal y comunitaria es similar en las dos hipótesis (gráfico 3) y por tanto debería ser bastante sólida en cuanto a las diferencias de distribución de la fecundidad. La comparación de las medidas brutas de prevalencia en el caso de las mujeres gestantes y en el de todas las mujeres de 15 a 49 años, en una gama de simulaciones (no mostradas), indica que la prevalencia mucho más baja en las mujeres gestantes de más edad supera con creces al sesgo opuesto en edades más jóvenes, en particular en simulaciones con modalidades de fecundidad características de poblaciones menos desarrolladas. Por consiguiente, la estimación bruta para las mujeres gestantes es probablemente una subestimación de la prevalencia en todas las mujeres en edad de procrear, más aún en las poblaciones menos desarrolladas que en las más desarrolladas. La estandarización por edad reduce todavía más las estimaciones prenatales, ya que da más peso a las edades mayores que las estimaciones brutas, por lo que las estimaciones estandarizadas suelen ser preferibles, en contra de lo que se pensaba antes de conocer el grado en que se daba la menor fecundidad entre las mujeres infectadas por el VIH (Lessner, 1991; Gregson y otros, 1995).

Para la mayoría de las poblaciones del modelo investigadas, el grado de sesgo (medido como la diferencia en puntos porcentuales entre la prevalencia en las mujeres gestantes y en todas las mujeres en edad de procrear) aumenta de manera casi lineal con la prevalencia verdadera del VIH, hasta que ésta llega a ser de cerca del 50% y desciende a partir de entonces. Esta sencilla relación se mantiene si se altera la prevalencia del VIH sin cambiar los valores relativos de los determinantes de la fecundidad para los subgrupos VIH positivos y negativos. Como proporción de la prevalencia verdadera, el error de medición disminuye al aumentar la prevalencia del VIH. Esto se ilustra en el gráfico 4a, que muestra el efecto de diversos grados de riesgo de infección *per coitus* en las dos poblaciones para las que hemos formulado hipótesis de fecundidad. En la hipótesis de poblaciones menos desarrolladas, la prevalencia entre las mujeres gestantes pasa de cerca del 6% al 26% al aumentar la prevalencia verdadera de alrededor del 8% al 31%. En la hipótesis de las poblaciones más desarrolladas, el sesgo es de cerca del 2% más bajo en los niveles más altos de prevalencia.

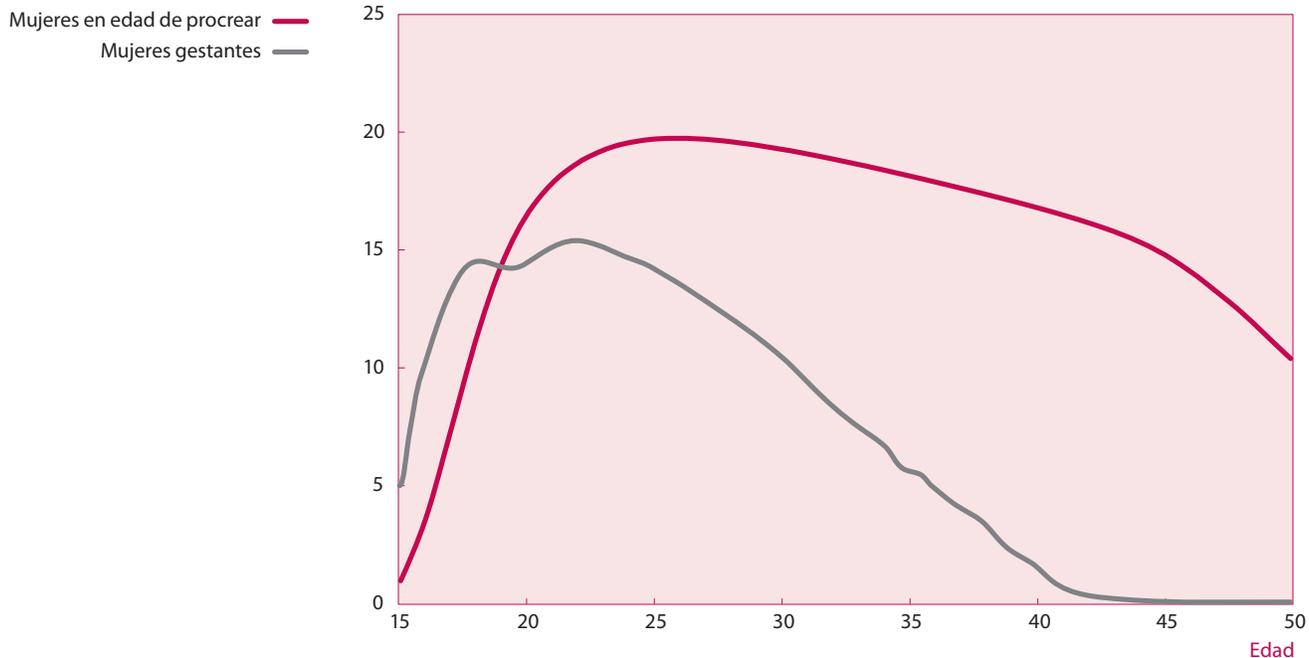
El sesgo en las estimaciones prenatales es muy sensible al grado del uso de preservativos. En el gráfico 4b mostramos este hecho manteniendo constante el riesgo de infección por coito sin protección, pero variando la modalidad de uso de preservativo. En la hipótesis “más desarrollada”, esto se consigue al fijar la frecuencia de uso de anticonceptivos en el 30% y al variar la proporción de usuarios de anticonceptivos que usan preservativos entre el 20% y el 100%. En la hipótesis menos desarrollada, suponemos que los preservativos son la única forma de anticonceptivo utilizada y que su uso varía entre el 1% y el 10%. Estas simulaciones muestran que la prevalencia entre las mujeres gestantes es más sensible al grado de uso de preservativos que a los cambios de prevalencia del VIH en la comunidad derivados del uso de preservativos. Si se generalizase el uso de los preservativos, las estimaciones de prevalencia del VIH prenatal podrían sobreestimar los niveles en la población general.

Estos resultados tienen importantes consecuencias para la capacidad de los sistemas de vigilancia prenatal de captar tendencias reales de prevalencia del VIH en la población general. Dado que no es realista esperar que las tasas de uso de preservativos alcancen los altísimos niveles mostrados en el gráfico 4b, esperaríamos, en general, una subestimación de la prevalencia en la comunidad por la vigilancia prenatal. En cualquier situación dada, se producirá probablemente un ligero aumento del recuento incompleto a medida

Gráfico 3
Prevalencia del VIH en la población femenina en general y en mujeres gestantes

a. Países menos desarrollados

Prevalencia del VIH (porcentaje)



b. Países más desarrollados

Prevalencia del VIH (porcentaje)

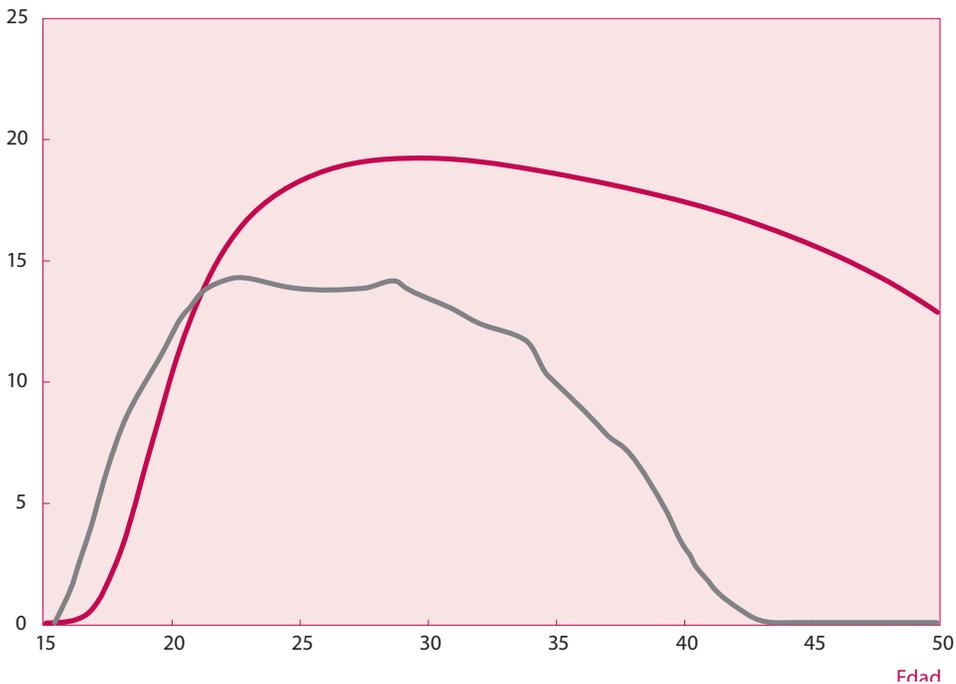
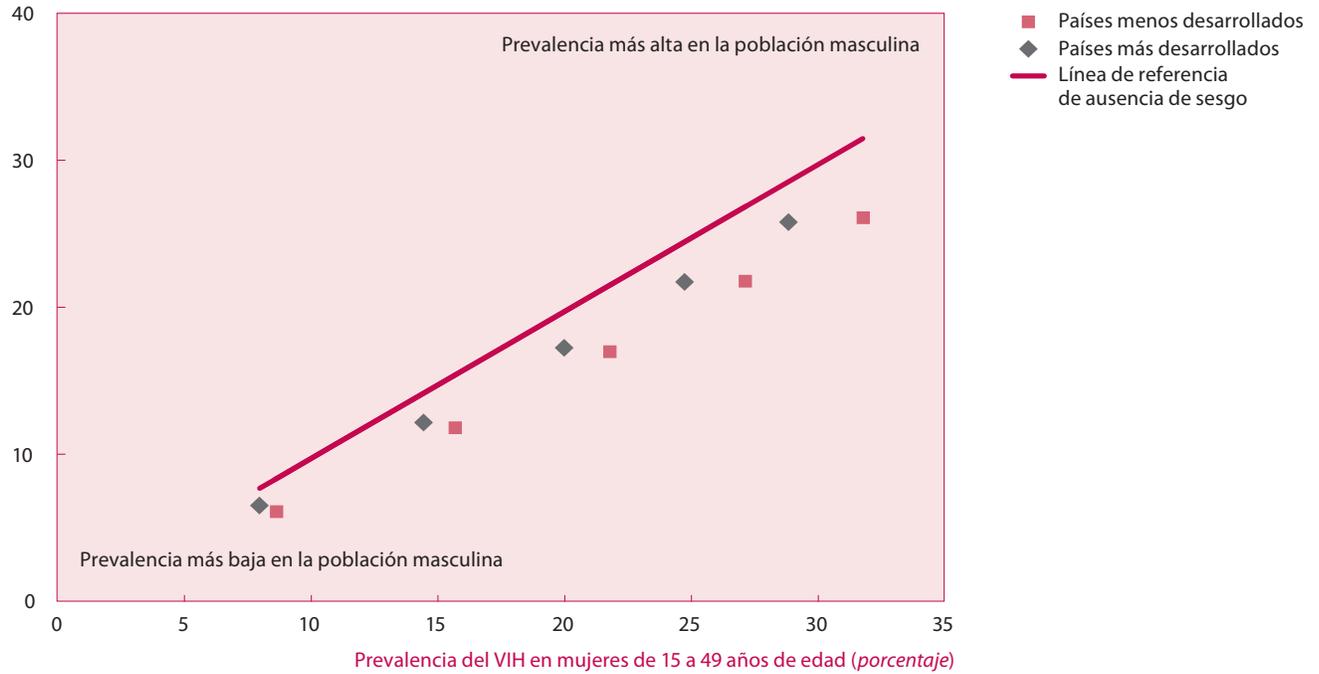


Gráfico 4
Sesgo en las estimaciones de prevalencia del VIH basadas en informes de mujeres gestantes

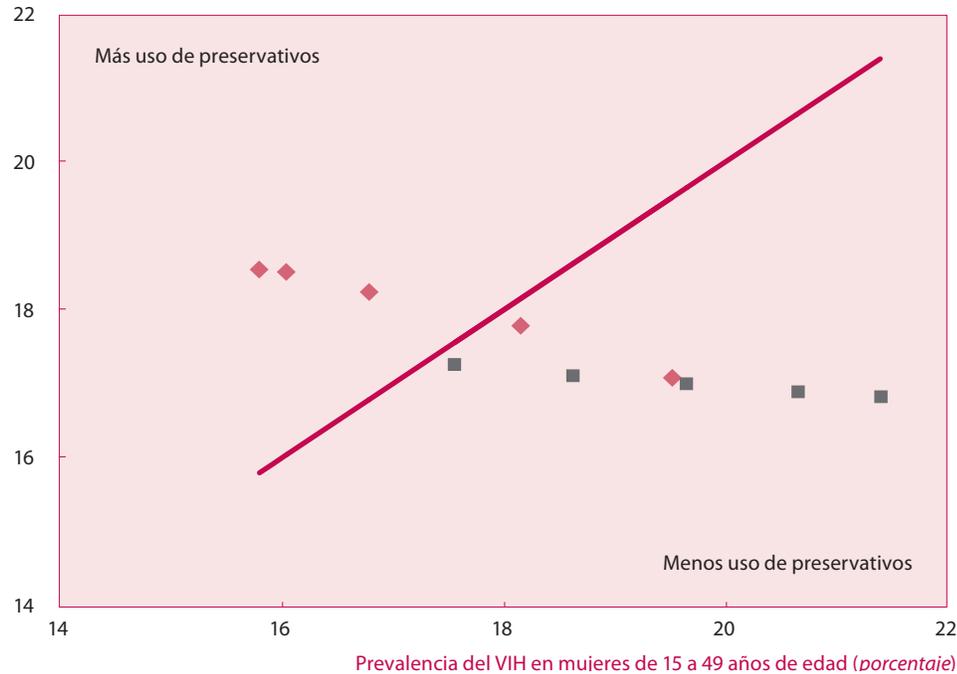
a. Al variar la prevalencia del VIH en la población masculina

Prevalencia del VIH en las mujeres gestantes (porcentaje)



b. Al variar el grado de uso de preservativos

Prevalencia del VIH en las mujeres gestantes (porcentaje)



que madura la epidemia y aumenta la prevalencia del VIH, pero, si no cambia el uso de anticonceptivos, la dirección de la tendencia de la prevalencia debería ser captada por la vigilancia prenatal. Ahora bien, si baja la prevalencia debido al éxito de la promoción de los preservativos, la vigilancia prenatal podría no captar el alcance total de la tendencia.

Efectos en la estructura de edad y el crecimiento de la población

En general, los cambios de la fecundidad tienen un efecto más marcado en el crecimiento de la población y la estructura de edad que los cambios de la mortalidad. El caso del VIH es una excepción a esta regla. No obstante, los efectos de las epidemias del VIH en la fecundidad también serán importantes en muchas poblaciones. El gráfico 5a muestra la relación entre la tasa de crecimiento intrínseco y la prevalencia del VIH para nuestra hipótesis de poblaciones menos desarrolladas. El riesgo de infección *per coitus* se varía para generar otros niveles de prevalencia del VIH. Las mediciones de crecimiento presentadas aquí se observarían en poblaciones estables, en las que la epidemia también se ha estabilizado. Por tanto, pueden interpretarse como consecuencias a largo plazo de la epidemia o como abstracciones que muestran la tendencia de cambio en estas medidas independientes de la estructura inicial de la población. Los efectos de la mortalidad en el crecimiento se midieron calculando sólo los efectos directos del VIH en la supervivencia femenina, pasando por alto todos los cambios de comportamiento, biosociales y estructurales en la fecundidad. En esta población, la reducción del crecimiento como resultado del descenso de la fecundidad es una tercera parte del efecto que experimenta como resultado del aumento de la mortalidad; es decir, si el aumento de la mortalidad reduce el crecimiento en 1,5 puntos porcentuales, el descenso de la fecundidad lo reducirá en 0,5 puntos porcentuales adicionales. En la hipótesis de la población más desarrollada, el efecto del cambio de la fecundidad asociado al VIH es aún más marcado, debido al mayor cambio absoluto de la fecundidad global.

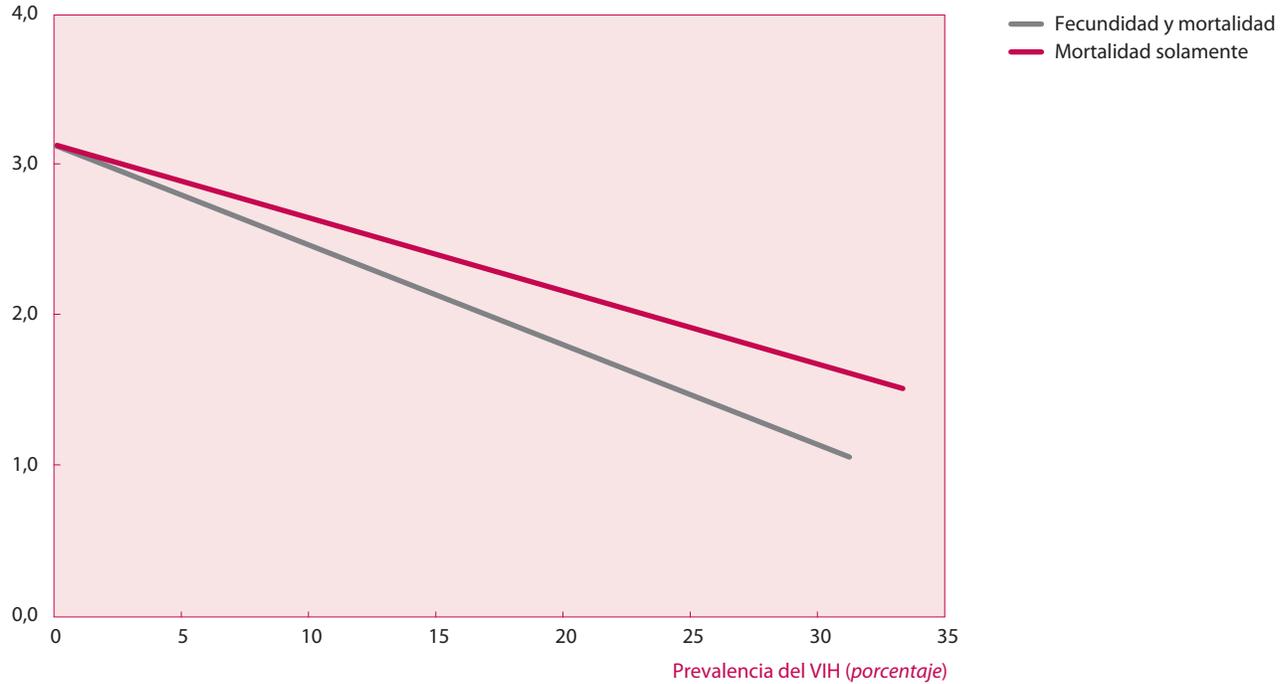
Donde se declaran epidemias del VIH en gran escala, las tasas de mortalidad en general aumentarán y las tasas de crecimiento de la población tenderán a caer. En una serie de países más desarrollados del África subsahariana, las tasas de crecimiento estaban cayendo antes de que se pudiese observar ningún efecto notable de la epidemia, ya que los descensos de la fecundidad estaban sobrepasando las mejoras en la mortalidad. En países como Zimbabwe y Botswana, la combinación de tasas crecientes de mortalidad a causa del VIH y los continuos descensos de las tasas de natalidad podrían conducir a períodos donde la tasa de crecimiento vegetativo cayera ligeramente por debajo de cero (Gregson y otros, 1997; Oficina del Censo de los EE.UU., 1997). Que esto ocurra o no dependerá en alto grado de la dirección y magnitud del efecto de las epidemias del VIH en la fecundidad. De momento, parece más plausible que las epidemias ejerzan una presión adicional a la baja en la fecundidad que acelere los actuales descensos del crecimiento de la población en esos países.

La relación entre estructura de edad de la población y mortalidad es muy compleja. La supervivencia decreciente se asocia a una estructura de edad más joven, pero el crecimiento reducido de la población, también consecuencia de la creciente mortalidad, limita esta tendencia. La mortalidad por el VIH se concentra intensamente en las edades de adultos jóvenes, de manera que el efecto directo se deja sentir con más fuerza que el indirecto, que actúa a través de la tasa de crecimiento. El resultado se muestra en el gráfico 5b, derivado de nuestro modelo de población “menos desarrollada” con variación del riesgo de infección *per coitus*. Ilustra cómo los efectos de la mortalidad de la alta prevalencia del VIH producen una estructura de edad más joven. Sin embargo, las tasas de natalidad más bajas dan lugar a estructuras de edad mayores, porque se reduce el crecimiento de la población. Cuando una epidemia del VIH reduce la fecundidad, el efecto de envejecimiento podría contrarrestar la tendencia de la mayor mortalidad a producir una estructura de edad más joven. En este ejemplo, la epidemia tiene poco efecto neto en la edad media de la población.

Gráfico 5
Efectos demográficos del VIH asociados con los cambios de la fecundidad y la mortalidad

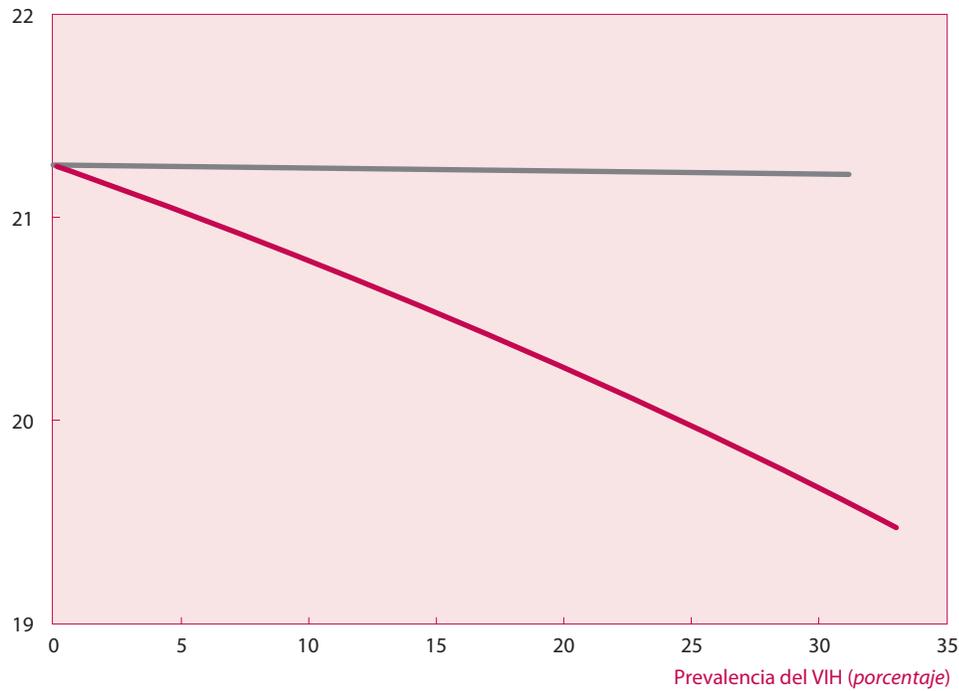
a. Crecimiento de la población (tasa de crecimiento vegetativo)

Tasa de crecimiento (porcentaje)



b. Estructura de edad (edad media)

Edad media (años)



Las consecuencias en los efectos demográficos más generales de las epidemias del VIH

El descenso de la fecundidad también puede influir en otros efectos demográficos del VIH, y es importante tener en cuenta las diferencias de la fecundidad entre mujeres infectadas y no infectadas. El caso de la orfandad materna es un buen ejemplo. La fecundidad decreciente tendería a aumentar la proporción de huérfanos de menos de 15 años, porque la población infantil tendría una estructura de edad mayor y los niños mayores tienen un riesgo acumulativo mayor de muerte de los padres. El descenso de la fecundidad en el contexto de una epidemia del VIH tendería, por tanto, a aumentar más la proporción de huérfanos. No obstante, si las mujeres con VIH son menos fecundas, la proporción general de niños huérfanos aumentará con más lentitud. Habrá también menos niños que queden huérfanos a edades muy jóvenes, en particular, si el efecto de la fecundidad del VIH en las mujeres infectadas es mayor en las etapas más avanzadas de la infección. Por supuesto, el grado de cambio en el número absoluto de huérfanos en una población también dependerá de la estructura de edad de la población y la tasa de crecimiento que, como hemos visto, también acusan el efecto que ejerce en la fecundidad una epidemia del VIH. Estos efectos se examinan con más detenimiento en otros lugares (Gregson y otros, 1999b).

Las tasas generales de natalidad más bajas reducirán el número de bebés infectados y que mueren por causas relacionadas con el VIH, en términos absolutos. Las tasas de natalidad más bajas en las mujeres con VIH también atenuarán el efecto de la epidemia en las tasas de mortalidad en la niñez temprana. Nacerán menos niños de mujeres infectadas, de manera que la proporción de todos los bebés nacidos con infección por el VIH será menor y el efecto de la epidemia en la mortalidad infantil y en la niñez menos grave de lo que se hubiera podido esperar de otro modo. En particular, los huérfanos jóvenes es menos probable que contraigan la infección, por lo que las tasas de mortalidad de los niños huérfanos pudieran no ser tan nefastas como se temía en principio. La mortalidad de huérfanos más baja dará por resultado un ligero envejecimiento de la población de huérfanos en conjunto.

CONCLUSIONES

La relación entre el VIH y la fecundidad va en ambas direcciones, es sumamente compleja y su estudio empírico en la población, probablemente imposible. No obstante, las consecuencias son profundas y, por tanto, es importante comprender las complejidades de la relación. En el presente documento hemos tratado de impulsar la comprensión actual mediante: *a*) el examen de aspectos coincidentes de los determinantes socioeconómicos y próximos de las epidemias del VIH y la fecundidad; *b*) el empleo de dicho examen como base para identificar posibles mecanismos para la interacción de la epidemia del VIH y la fecundidad; *c*) el examen de las pruebas actuales de los efectos de estos mecanismos; y *d*) la aplicación de un modelo matemático al estudio de los efectos del VIH en la fecundidad de la población y las repercusiones de las diferencias de fecundidad entre mujeres infectadas y no infectadas para la vigilancia del VIH basada en datos de clínicas prenatales.

El examen de los determinantes comunes reveló que los factores individuales y los procesos de cambio pueden tener efectos opuestos en la epidemia del VIH y la fecundidad. Algunos aspectos de la cultura tradicional que propician la fecundidad alta pueden servir para contener la prevalencia del VIH. De manera análoga, otros aspectos del desarrollo socioeconómico que se suelen asociar con la fecundidad decreciente pueden facilitar la propagación de las epidemias del VIH. Así pues, no debe sorprendernos que las poblaciones de África meridional, donde los niveles de desarrollo socioeconómico son relativamente altos y la fecundidad está disminuyendo, estén sufriendo las epidemias más graves del VIH (Oficina del Censo de los EE.UU., 1997).

Los datos basados en la población, apropiados para cuantificar los efectos de posibles mecanismos de interacción entre el VIH y la fecundidad, no han surgido fácilmente. Ahora bien, los pocos estudios que se han realizado hasta ahora muestran que se están produciendo cambios importantes en las poblaciones estudiadas. En particular, las infecciones por el VIH se relacionan estrechamente con la subfecundidad y los cambios de comportamiento con respecto a la procreación que se han registrado. Las pruebas actuales de decisiones conscientes de fecundidad, adoptadas como reacción a la epidemia en general o al conocimiento del propio estado respecto a la infección, no permiten llegar a ninguna conclusión. Se están haciendo gestiones para establecer servicios de análisis y orientación psicológica voluntarios para mujeres gestantes, como requisito previo a la terapia antirretroviral para reducir la transmisión del virus de la madre al niño. Si estas gestiones prosperan, deberían mejorar los resultados de la fecundidad de las mujeres infectadas, pero también se podrían dar lugar a nuevos cambios, en particular, la reducción de la práctica de la lactancia y el aumento de la anticoncepción y el aborto provocado.

Para los fines de generar la ilustración basada en el modelo matemático, partimos del supuesto de que la escala de la epidemia del VIH sería la misma en las sociedades más desarrolladas y en las menos desarrolladas. Con arreglo a este supuesto, el VIH reduce considerablemente la fecundidad global en las poblaciones más desarrolladas, pero tiene escaso efecto neto en las menos desarrolladas. Si las epidemias son más graves en los países más desarrollados, la diferencia de los efectos en la fecundidad será aún más pronunciada. Los resultados de la simulación muestran cómo los sistemas de vigilancia que dependen de datos procedentes de clínicas prenatales pueden no captar el verdadero alcance de la epidemia del VIH en la población general y podrían ocultar mejoras resultantes del mayor uso de preservativos. Esos resultados ponen de relieve la necesidad de disponer de un procedimiento claro para ajustar las estimaciones prenatales.

Por último, las simulaciones del modelo muestran que un cambio de la fecundidad causado por una epidemia del VIH afectaría de manera significativa el efecto general de la epidemia en indicadores demográficos esenciales, en particular el crecimiento de población y la estructura de edad. En algunos casos, el cambio de la fecundidad tiende a reforzar el efecto del incremento de la mortalidad, pero en otros, puede mitigarlo. Los diferenciales de fecundidad entre mujeres infectadas y no infectadas son importantes para determinar los efectos de una epidemia en características demográficas tales como orfandad y mortalidad en la niñez temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, S., y otros (1992). Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. *Journal of the American Medical Association*, 268, págs. 3338-3343.
- Allen, S., y otros (1993). Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after testing and counselling. *American Journal of Public Health*, 83, págs. 705-710.
- Ankrah, M. (1991). AIDS and the social side of health. *Social Science and Medicine*, 32, págs. 967-980.
- Arya, O. P., H. Nsanzumuhire y S. R. Taber (1973). Clinical, cultural and demographic aspects of gonorrhoea in a rural community in Uganda. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 49, págs. 587-595.
- Asiimwe-Okiror, G., y otros (1997). Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS*, 11, págs. 1757-1763.
- Awusabo-Asare, K. (1996). HIV infection and contraceptive use in sub-Saharan Africa: challenges and prospects. Documento presentado en la conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población sobre planificación de la familia en la era del SIDA, Nairobi, septiembre de 1996.
- Bassett, M. T., y M. Mhloyi (1991). Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *International Journal of Health Services*, 21, págs. 143-156.
- Batter, V., y otros (1994). High HIV-1 incidence in young women masked by stable overall seroprevalence among childbearing women in Kinshasa, Zaire: estimating incidence from serial seroprevalence data. *AIDS*, 8, págs. 811-817.

- Bledsoe, C. (1991). The politics of AIDS and condoms for stable heterosexual relations in Africa: recent evidence from the local print media. *Disasters*, vol. 15, No. 1, págs. 1-11.
- Boerma, J. T., A. J. Nunn, y J. A. G. Whitworth (1998). Mortality impact of the AIDS epidemic: evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, 12, págs. S3-S14.
- Boerma, J. T., M. Urassa, y R. Isingo (1996). Female infertility and its association with sexual behaviour, STD and HIV infection in Tanzania. Documentos de investigación de TANESA.
- Bongaarts, J., y R. G. Potter (1983). *Fertility, Biology and Behaviour, Studies in Population*. Nueva York: Academy Press.
- Brocklehurst P., y R. French (1998). The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 105, págs. 836-848.
- Caldwell, J. C., I. O. Orubuloye y P. Caldwell (1992). Fertility decline in Africa: a new type of transition? *Population and Development Review*, 18, págs. 211-242.
- Caldwell, J. C., y P. Caldwell (1977). The role of marital sexual abstinence in determining fertility: a study of the Yoruba in Nigeria. *Population Studies*, 31, págs. 193-217.
- _____ (1993). On the nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic. *Population and Development Review*, 19, págs. 817-848.
- _____, y P. Quiggin (1989). The social context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15, págs. 185-234.
- Campbell, C. (1997). Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Social Science and Medicine*, 45, págs. 273-282.
- Carael, M. (1995). Sexual Behaviour: en *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, J. Cleland y B. Ferry, comps. Londres: Taylor y Francis.
- Carpenter, L. M., y otros (1997). Estimates of the impact of HIV-1 infection on fertility in a rural Ugandan population cohort. *Health Transition Review*, 7 (Suplemento), págs. 113-126.
- Chin, J. (1990). Public health surveillance of AIDS and HIV infections. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 68, págs. 529-536.
- Daly, C. C., y otros (1994). Contraceptive methods and the transmission of HIV: implications for family planning: *Genitourinary Medicine*, 70, págs. 110-117.
- De Cock, K. M., y otros (1994). Retrospective study of maternal HIV-1 and HIV-2 infections and child survival in Abidjan, Côte d'Ivoire. *British Medical Journal*, 308, págs. 441-443.
- Doppenburg, H. (1993). Contraception and sexually transmitted diseases: what can be done? Experiences from the Netherlands. *British Journal of Family Planning*, 18, págs. 123-125.
- Dublin, S., y W. A. Blattner (1993). Procreation and HIV, *The Lancet*, 342, págs. 1241-1242.
- Dunn, D. T., y otros (1992). Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *The Lancet*, 340, págs. 585-588.
- Dyson, T., y M. Murphy (1985). The onset of fertility transition. *Population and Development Review*, 3, págs. 410-411.
- Frank, O. (1992). Sexual behaviour and disease transmission in sub-Saharan Africa: past trends and future prospects. En *Sexual behaviour and networking: anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*, T. Dyson, comp. Lieja: Editions Derouaux-Ordina.
- Gage, A. J., y D. Meekers (1994). Sexual activity before marriage in sub-Saharan Africa. *Social Biology*, 41, págs. 44-60.
- Garnett, G. P., J. Swinton y otros (1992). Gonococcal infection, infertility, and population growth: II. The influence of heterogeneity in sexual behaviour. *IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine and Biology*, 9, págs. 127-144.
- Garnett, G. P., y R. M. Anderson (1993). Factors controlling the spread of HIV in heterosexual communities in developing countries: patterns of mixing between different age and sexual activity classes. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B*, 342, págs. 137-159.

- Garnett, G. P., y S. Gregson (1999). Monitoring the course of the HIV-1 epidemic: the influence of patterns of fertility on HIV prevalence estimates. *Mathematical Population Studies*. En prensa.
- Gordon G., y T. Klouda (1989). *Preventing a Crisis: AIDS and Family Planning Work*. Londres: International Planned Parenthood Federation.
- Gray, R. H. (1997). Reduced fertility in women with HIV-1 infection: a population-based study in Uganda. *The Lancet*, 351, págs. 98-103.
- Greenblatt, R. M., y otros (1988). Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS*, 2, págs. 47-50.
- Gregson, S. (1994). Will HIV become a major determinant of fertility in sub-Saharan Africa? *Journal of Development Studies*, 30, págs. 650-679.
- _____, y otros (1995). Age and religion selection biases in HIV-1 prevalence data from antenatal clinics in Manicaland, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 41, págs. 339-345.
- _____, (1997). HIV-1 and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, 7 (Suplemento), págs. 89-112.
- _____, (1999a). Apostles and Zionists: the influence of religion on demographic change in rural Zimbabwe. *Population Studies*, 53. En prensa.
- Gregson, S., B. Zaba y G. Garnett (1999b). Low fertility in women with HIV and the impact of the epidemic on orphanhood and early childhood mortality in sub-Saharan Africa. *AIDS*. En prensa.
- Grosskurth, H. (1995). Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *The Lancet*, 346, págs. 530-536.
- Hudson. C. P. (1993). Concurrent partnership could cause AIDS epidemics. *International Journal of STD and AIDS*, 4, págs. 249-253.
- Johnstone, F. D., L., MacCallum, R. Brettle, J. M. Inglis y J. F. Peutherer (1988). Does infection with HIV affect the outcome of pregnancy? *British Medical Journal*, 296, pág. 467.
- Kajjuka, E. M., E. Z. A. Kaija, A. R. Cross y E. Loaiza (1989). Uganda Demographic and Health Survey: Uganda Ministry of Health and Macro International Inc.
- Keogh, P., S. Allen, C. Almedal y B. Temahagili (1994). The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, vol. 38, No. 8, págs. 1047-1053.
- Kilian, A. S. Gregson, B. Ndyabangi, K. Walusaga, W. Kipp, G. Sahlmuller, G. P. Garnett, G. Assimwe-Okiror, G. Kabagambe, P. Weis y F. von Sonnenburg (1998). Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation of declining HIV-1 prevalence in Uganda. *AIDS*, 12. En prensa.
- Konde-Lule, J. K., M. J. Wawer, N. K. Sewankambo, D. Serwadda, R. Kelly, C. Li, R. H. Gray y D. Kigongo (1997). Adolescents, sexual behaviour and HIV in rural Rakai district, Uganda, *AIDS*, vol. 11, No. 6, págs. 791-800.
- Krieger, J. N., R. W. Coombs, A. C. Collier, J. K. Koehler, S. O. Ross, K. Chaloupka, V. L. Murphy y L. Corey (1991). Fertility parameters in men infected with HIV. *Journal of Infectious Diseases*, 164, págs. 446-469.
- Laga, M. (1992). HIV infection prevention: the need for complementary STD control. En *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, A. Germain, K. K. Holmes, P. Piot y J. N. Wasserheit, comps. Nueva York y Londres: Plenum Press.
- Larsen, U. (1994). Sterility in sub-Saharan Africa. *Population Studies*, vol. 48, No. 3, págs. 459-474.
- Latif, A. S., D. A. Katzenstein, M. T. Bassett, S. Houston, J. C. Emmanuel y E. Marowa (1989). Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe, *AIDS*. 3, págs. 519-523.
- Lessner, L. (1991). Projections of AIDS incidence in women in New York state. *American Journal of Public Health*, 81 (sup. 30-4).
- Mandishona, G. M. (1989). Zimbabwe Demographic and Health Survey, 1988: Zimbabwe Central Statistical Office.

- Martin, P. M. V., G. Gresenguet, V. M. Herve, G. Renom, G. Steenman y A. J. Georges (1991). Decrease number of spermatozoa in HIV-1 infected individuals. *AIDS*, vol. 6, No. 1, págs. 130-131.
- Mbizvo, M. T., y D.J. Adamchak (1989). Condom use and acceptance: a survey of male Zimbabweans. *Central African Medical Journal*, vol. 35, No. 10, págs. 519-523.
- Mehryar, A. (1995) Condoms: Awareness, Attitudes and Use. En *Sexual Behaviour in the Developing World*. C. J., y B. Ferry, comps. Londres: Taylor and Francis.
- Miotti, P. G. Dallabetta, E. Nvodi, G. Liomba, A. J. Saah y J. Chiphangwi (1991). HIV-1 and pregnant women: associated factores, prevalence, estimate of incidence and role of fetal wastage in Central Africa. *AIDS*, 4, págs. 733-736.
- Morris, M., y M. Kretzschmar (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV, *AIDS*, vol. 11, No. 5, págs. 641-648.
- Moses, S., J. E. Bradley, J. C. D. Nagelkerke, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola y F. A. Plummer (1990). Geographical patterns of male circumcision practices in Africa: association with HIV seroprevalence. *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, No. 3, págs. 693-697.
- Mpangile, G. S., M. T. Leshabari y D. J. Kihwele (1993). Factors associated with induced abortion in public hospital in Dar es Salaam, Tanzania, *Reproductive Health Matters*, No. 2, págs. 21-31.
- Mukiza-Gapere, J. y J. P. M. Ntozi (1996). Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda. *Health Transition Review*, No. 5 (Suplemento) págs. 201-208.
- Ndinya-Achola, J. O., I. A. Wamola, N. Nagelkerke, R. C. Brunham, M. Temmerman y P. Piot (1990). Impact of post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproduction behaviour. *Kenya AIDS Technical Bulletin*, vol. 1, No. 1, pág. 6.
- Instituto PANOS (1989). AIDS and Children: A Family Disease. *WorldAIDS*, pág. x.
- _____ (1992). *The Hidden Cost of AIDS: The Challenge of HIV to Development*. Londres: PANOS Publications.
- Oficina del Censo de los Estados Unidos (1997). The Demographic Impact of HIV/AIDS: Perspectives from the World Population Profile, 1996: U.S. Bureau of the Census.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Weekly Epidemiological Record*.
- _____ (1996). HIV and infant feeding: an interim statement. *Weekly Epidemiological Record*, 71, págs. 289-291.
- _____ (P. R. Rowe, y E. V. Vikhlyaeva (comps.)) (1988). *Diagnosis and Treatment of Infertility*. Toronto: Hans Huber Publishers.
- Parienyatwa, C. N. (1995). Zimbabwe Demographic Health Survey, 1994: Zimbabwe Central Statistical Office.
- Pebbley, A., y W. Mbugua (1989). Polygyny and fertility in sub-Saharan Africa. En *Reproduction and Social Organizations in sub-Saharan Africa*, R. Lesthaeghe, comp. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Ray, S., M. Bassett, C. Maposhere, P. Managazira, J. D. Nicolette, R. Machezano y J. Moyo (1995). Acceptability of the female condom in Zimbabwe: positive but male-centred responses. *Reproductive Health Matters*, No. 5, págs. 68-79.
- Rogo, K. O. (1993). Induced abortion in sub-Saharan Africa. *East African Medical Journal*, vol. 70, No. 6, págs. 386-395.
- Ross, A., D. Morgan, R. Lubega, L. M. Carpenter, B. Mayanja y J. A. G. Whitworth (1999). Reduced fertility associated with HIV-1: the contribution of pre-existing subfertility. *AIDS*. Inédito.
- Ryder, R., y M. Temmerman (1991). The effect of HIV-1 infection during pregnancy and the perinatal period on maternal and child health in Africa. *AIDS*, 5 (Suplemento 1), págs. S75-S85.
- Ryder, R. W., V. L. Batter, M. Nsuami, N. Badi, L. Mundeke, B. Matela, M. Utshudi y W. L. Heyward (1991). Fertility rates in 238 HIV-1 seropositive women in Zaire followed for 3 years post-partum. *AIDS*, vol. 5, No. 12, págs. 1521-1527.
- Setel, P. (1995). The effects of HIV and AIDS on fertility in east and central Africa. *Health Transition Review*, 5 (Suplemento), págs. 179-190.

- Sewankambo, N. K., M. J. Wawer, R. H. Gray, D. Serwadda, C. Li, R. Y. Stallings, S. D. Musgrave y J. Konde-Lule (1994). Demographic impact of HIV infection in rural Rakai district, Uganda: results of a population-based cohort study. *AIDS*, vol. 8, No. 12, págs. 1707-1713.
- Sherris, J., y G. Fox (1993). Infertility and sexually transmitted disease: A public health challenge. *Population Reports Series, L* (4).
- Stephenson, J. M., A. Grifioen y Grupo de estudio en colaboración para el estudio de mujeres con HIV, del Medical Research Council (1996). The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. *AIDS*, vol. 10, No. 14, págs. 1683-1687.
- Temmerman, M., S. Moses, D. Kiragu, S. Fusallah, I. Amola y P. Piot (1993). Impact of single session post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproductive behaviour. *AIDS Care*, vol. 2, No. 3, págs. 247-252.
- Thackway, S. V., V. Furner, A. Mijch, D. A. Cooper, D. Holland, P. Martínez, D. Shaw, I. van Beeck, E. Wright, K. Clezy y J. M. Kaldor (1997). Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection, *AIDS*, vol. 11, No. 5, págs. 663-668.
- Timaeus, I. M., y A. Reynar (1998). Polygynists and their wives in sub-Saharan Africa: an analysis of five Demographic and Health Surveys *Population Studies*, vol. 52, No.2, págs. 145-162.
- Timaeus, I. M. (1998). Impact of the HIV epidemic on mortality in sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses. *AIDS*, 12 (S1), págs. S15-S27).
- Van de Perre, P. A., Simonon, P. Msellati, D. G. Hitimana, D. Vaira, A. Bazubagira, C. Van Goethem, A. M. Stevens, E. Karita, D. Sondag-Thull, F. Dabis y P. Lepage (1991). Postnatal transmission of HIV-1 from mother to infant. *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, No. 9, págs. 593-598.
- Ware, H. (1997). The relationship between infant mortality and fertility: replacement and insurance effects. Documento leído en la Conferencia Internacional de Población, en México.
- Watts, C. H., y R. M. May (1992) The influence of concurrent partnerships on the dynamics of HIV/AIDS. *Mathematical Biosciences*, 108, págs. 89-104.
- Widy-Wirski, R. S. Berkley, R. Downing, S. Okware, U. Recine, R. Mugerwa, A. Lwegaba, y S. Sempala (1988). Evaluation of the WHO clinical case definition for AIDS in Uganda. *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, No. 22, págs. 3286-3289.
- Wilson, D., B. Nyathi, N. Lamson, G. Foster, F. Dakwa y otros (1994). Community Interventions in Zimbabwe: Analysis of a Multi-Site Replication. Universidad de Zimbabwe, Harare.
- Zaba, B. (1994). The demographic Impact of AIDS: Some Stable Population Simulation Results: Centre for Population Studies.
- _____, y S. Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, 12 (S1), págs. S41-S50.

Niveles y tendencias de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia

*División de Población**

RESUMEN

En el presente documento se examinan las tendencias de la fecundidad y los factores conexos en 74 países con fecundidad intermedia, es decir, aquellos cuya fecundidad global se estimó de 2,1 a 5 hijos por mujer en 1995-2000. En los últimos tres decenios, la fecundidad ha estado descendiendo en todos esos países a un ritmo distinto en cada uno de ellos, según su respectiva fecundidad. La edad al contraer matrimonio ha aumentado, lo mismo que el uso de métodos modernos de anticoncepción. Además, cada vez son más las mujeres que terminan la enseñanza secundaria o superior y se ha intensificado el proceso de urbanización. Todos estos factores están íntimamente relacionados con los niveles y tendencias de la fecundidad. La continuación de las tendencias en la edad de contraer matrimonio, grado de instrucción y urbanización asegurará el continuo descenso de la fecundidad.

INTRODUCCIÓN

Tal vez el cambio demográfico más significativo de los tres últimos decenios ha sido el considerable descenso de la fecundidad que se ha registrado en todas las zonas del mundo. A partir del quinquenio de 1970 a 1975, la fecundidad global mundial ha descendido un 37%: de 4,5 hijos por mujer a 2,8 de 1995 a 2000. Este importante descenso mundial refleja distintos cambios en el comportamiento con respecto a la procreación, en particular en países tan poblados como Bangladesh, la India, Indonesia y el Pakistán, cuya tasa global de fecundidad de 1970 a 1975 superaba con creces los 5 hijos por mujer.

De 1970 a 1975, 106 países o zonas que representan el 43% de la población mundial tenían tasas de fecundidad de 5 hijos o más por mujer (cuadro 1). A partir de 1970-1975, la mayoría de los países ha ido atravesando las distintas etapas de la transición de la fecundidad. Así pues, la distribución actual (1995-2000) de los países por fecundidad ha cambiado notablemente. Se estima que sólo 49 países, con una población total de 770 millones, tienen una fecundidad de 5 o más hijos por mujer. Igualmente sorprendente es el hecho de que, para el período de 1995 a 2000, hasta 64 países tenían una fecundidad igual o inferior a la de reemplazo, más del triple que de 1970 a 1975. De hecho, el porcentaje de la población mundial que vive en países con fecundidad global igual o inferior a la de reemplazo es del 44%, comparado con el 43% en países con fecundidad intermedia y el 13% en países con fecundidad alta (más de 5 hijos por mujer). La mayoría de los países (74) tiene tasas de fecundidad global intermedia, es decir, menos de 5 y más de 2,1 hijos por mujer. Entre esos países figuran la India, Indonesia, el Brasil y Bangladesh.

Aunque no existe unanimidad en cuanto a las condiciones concretas que se tienen que dar para que disminuya la fecundidad, se pueden discernir características comunes entre grupos de países que han iniciado el descenso de la fecundidad, características comunes que son acordes con las perspectivas teóricas sobre los factores asociados con el descenso de la fecundidad. La fuerza motriz del descenso de la fecundidad es el desarrollo económico, en

* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Cuadro 1
Número de países, tamaño de población y distribución de porcentajes de población por fecundidad

Año	Tasa global de fecundidad (alumbramientos por mujer)			Total
	5 o más	Menos de 5 y más de 2,1	2,1 o menos	
Número de países				
1970	106	61	20	187
1980	80	67	40	187
1990	58	74	55	187
2000	49	74	64	187
Tamaño de la población (en millones)				
1970	1 588 865	1 427 507	673 272	3 689 643
1980	806 155	2 606 368	1 015 763	4 428 286
1990	682 908	2 141 955	2 428 283	5 253 146
2000	770 757	2 606 062	2 677 944	6 054 764
Tamaño de la población (porcentaje)				
1970	43	39	18	100
1980	18	59	23	100
1990	13	41	46	100
2000	13	43	44	100

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).

particular, el descenso de la mortalidad, la educación y participación de la mujer en la fuerza laboral, la urbanización y los programas de planificación de la familia. Sin embargo, el hecho de que el descenso de la fecundidad no se pueda explicar por un solo factor o por un factor “más importante”, dificulta la tarea de pronosticar las futuras tendencias de la fecundidad. ¿Qué factores se deben tomar en consideración al proyectar la fecundidad en el futuro? ¿Asegura el ritmo rápido de descenso del pasado reciente una continuación de estas tendencias?

El propósito del presente documento es describir el conocimiento actual de las tendencias de la fecundidad en los 74 países con fecundidad intermedia¹ y su relación con factores del descenso de la fecundidad. En la primera sección se documentan los niveles y tendencias de fecundidad desde el decenio de 1970. En la segunda, se analizan los determinantes próximos más importantes: nupcialidad y uso de anticonceptivos. En la tercera sección se examina la relación de la fecundidad con determinados factores socioeconómicos, a saber, la educación y el tipo de residencia.

NIVELES Y TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD

Según las últimas estimaciones de la fecundidad procedentes de fuentes nacionales, para el período de 1990 a 2000², los países con fecundidad intermedia están distribuidos de manera bastante uniforme por toda la escala de fecundidad de 2,1 a 5 nacimientos por mujer. En el extremo superior de la escala (tasas de 4,5 hijos o más por mujer) están Botswana, Ghana, Kenya, Lesotho y el Sudán, en África; Jordania, los Emiratos Árabes Unidos y la República Árabe Siria, en Asia; y Guatemala, Haití y Honduras, en América Latina y el Caribe. Mientras que en África, los países con las tasas de fecundidad más altas están distribuidos por todas las regiones excepto África del Norte, en Asia, se concentran en Asia occidental, y en América Latina y el Caribe, en Centroamérica (cuadro 2)³. En el extremo inferior de la escala (menos de 3,0 nacimientos por mujer) se encuentran Sudáfrica y Túnez, en África; nueve países en Asia y otros nueve en América Latina y el Caribe.

El hecho de que un país esté en el extremo inferior o superior de la escala de fecundidad intermedia no dice mucho de la etapa de transición en que se encuentra en relación con otros países de la región. Por ejemplo, Ghana, Kenya y Jordania son los líderes de la transición de la fecundidad en sus respectivas regiones, pero sus tasas de fecundidad están en el extremo superior de la escala de fecundidad intermedia, mientras que a Guatemala,

¹ Según el *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas, 2001) 74 países tienen una fecundidad de 5 a 2,1 nacimientos por mujer. De ellos, quince están en África, 25 en Asia, 26 en América Latina y el Caribe, 7 en Oceanía y uno, Albania, en Europa. Sólo los 53 países con poblaciones estimadas en un millón o más en 1995 se han tomado en consideración en los análisis realizados en el presente documento.

² Las estimaciones de las tasas globales de fecundidad pueden diferir de las formuladas por las Naciones Unidas para el período de 1995 a 2000 porque se derivan de datos censales, encuestas y registros y no se han ajustado.

³ El cuadro 2 muestra estimaciones de tasas globales de fecundidad basadas en datos censales, encuestas y registros de alrededor de 1970, 1980, 1990, 1995 y 2000. Sólo se dispone de datos recientes, de alrededor de 2000, para 19 países, pero en el período de 1990 a 2000 se hizo al menos una estimación para todos los países.

Cuadro 2

Tasas globales de fecundidad de los países con un tamaño de población de un millón o más y fecundidad global entre 2,1 y 5 alumbramientos por mujer

	Alrededor de 1970		Alrededor de 1980		Alrededor de 1990		Alrededor de 1995		Alrededor de 2000		Descenso medio al año (del más temprano al más reciente)
	Año de la estimación	TGF									
África											
Argelia	..	..	1979	7,0	1990	4,5	1995	3,5	..	..	0,22
Botswana	1971	6,5	1981	6,2	1991	5,3	..	..	..	..	0,06
Egipto	..	..	1980	5,3	1990	4,5	1995	3,7	1998	3,5	0,10
Ghana	1970	6,9	1978	6,3	1991	5,5	1996	4,5	..	..	0,09
Jamahiriyá Árabe Libia	1973	7,5	..	..	..	..	1993	4,1	..	..	0,17
Kenya	1969	7,6	1984	7,7	1991	5,6	1996	4,7	..	..	0,11
Lesotho	1975	5,8	1986	5,3	..	..	1996	4,9	..	..	0,04
Marruecos	1973	7,4	1981	5,5	1992	3,3	1995	3,3	1999	3,0	0,17
Sudáfrica	..	..	1986	4,4	..	..	1996	2,9	..	..	0,15
Sudán	1973	7,1	1988	5,0	1992	4,6	..	..	..	..	0,13
Túnez	1970	6,1	1980	4,5	1990	3,3	1995	2,3	1999	2,1	0,14
Asia											
Bangladesh	1973	6,1	1983	4,9	1990	4,3	1994	3,4	1997	3,4	0,11
Emiratos Árabes Unidos	..	..	1987	5,9	1993	5,0	..	..	..	..	0,15
Filipinas	1971	6,0	1981	5,1	1991	4,1	1996	3,8	..	..	0,09
India	..	..	1979	4,7	1990	3,8	1995	3,5	1997	3,3	0,08
Indonesia	1973	5,2	1983	4,1	1989	3,1	1996	2,8	..	..	0,10
Irán (República Islámica del)	1975	6,4	1982	6,1	1991	5,0	1996	2,8	..	..	0,17
Israel	1970	4,0	1980	3,1	1990	3,0	1995	2,9	1997	2,9	0,04
Jordania	1974	7,6	1980	7,1	1988	5,9	1995	4,5	..	..	0,15
Kirguistán	1969	4,9	1981	4,1	1992	3,6	1995	3,3	1998	2,8	0,07
Kuwait	1970	6,8	1980	5,5	1987	3,7	1996	3,4	..	..	0,13
Líbano	..	..	1983	3,8	1988	3,1	1993	2,5	..	..	0,13
Malasia	1970	4,7	1980	3,9	1990	3,3	1995	3,3	1998	3,3	0,05
Mongolia	1973	7,5	1983	5,5	1990	4,2	1996	3,1	..	..	0,19
Myanmar	1973	5,7	1983	4,7	1988	3,5	1994	2,9	..	..	0,13
Nepal	1974	6,0	1983	5,6	1991	5,1	1994	4,8	2000	4,1	0,07
República Árabe Siria	1970	7,7	..	..	1991	4,7	..	..	..	..	0,14
Tayikistán	1975	6,3	1980	5,7	1990	5,1	1993	4,2	..	..	0,12
Turkmenistán	1970	6,0	1982	4,8	1990	4,2	..	..	..	..	0,09
Turquía	1970	5,7	1980	4,4	1990	3,0	1995	2,6	1998	2,4	0,12
Uzbekistán	1970	5,7	1982	4,7	1990	4,1	..	..	1999	2,8	0,10
Viet Nam	..	..	1985	4,8	1991	3,2	1996	2,3	..	..	0,23
América Latina y el Caribe											
Argentina	1970	3,2	1980	3,4	1990	2,9	1995	2,6	1997	2,6	0,02
Bolivia	1973	6,5	..	..	1987	5,1	1992	5,0	1996	4,4	0,09
Brasil	1970	5,8	1980	3,9	..	..	1994	2,6	..	..	0,13
Chile	1970	3,3	1980	2,5	1990	2,5	1995	2,4	..	..	0,04
Colombia	1968	6,0	1980	3,6	1988	2,9	1993	3,0	1998	2,6	0,11
Costa Rica	1970	4,3	1980	3,7	1990	3,2	1995	2,8	1998	2,6	0,06
Ecuador	..	..	1982	5,0	1992	3,6	1997	3,3	..	..	0,11
El Salvador	1970	6,6	1979	5,6	1991	3,8	1996	3,6	..	..	0,12
Guatemala	..	..	1978	6,1	..	..	1993	5,1	1997	5,1	0,05

Cuadro 2

Tasas globales de fecundidad de los países con un tamaño de población de un millón o más y fecundidad global entre 2,1 y 5 alumbramientos por mujer (continuación)

	Alrededor de 1970		Alrededor de 1980		Alrededor de 1990		Alrededor de 1995		Alrededor de 2000		Descenso medio al año (del más temprano al más reciente)
	Año de la estimación	TGF									
América Latina y el Caribe (continuación)											
Haití	1973	5,1	1983	5,9	1992	5,0	..	..	1998	4,7	0,02
Honduras	1972	7,5	1981	6,5	1987	5,6	1994	4,9	..	..	0,12
Jamaica	1970	5,5	1982	3,5	1990	3,0	1996	2,9	..	..	0,10
México	1974	6,2	1982	4,3	1989	3,5	1995	3,3	..	..	0,14
Nicaragua	..	..	1978	6,5	1990	4,6	1995	3,9	..	..	0,15
Panamá	1970	5,0	1980	3,6	1990	2,8	1995	2,6	..	..	0,10
Paraguay	..	..	1977	5,0	1989	4,8	1997	4,3	..	..	0,04
Perú	1968	6,8	1980	4,7	1990	3,8	1995	3,7	1998	3,0	0,13
República Dominicana	1973	5,7	1983	4,1	1989	3,3	1994	3,2	..	..	0,12
Uruguay	1970	3,0	1980	2,7	1990	2,3	1995	2,3	..	..	0,03
Venezuela	1970	5,7	1980	4,4	1990	3,6	1995	3,1	1998	2,9	0,10
Oceanía											
Papua Nueva Guinea	..	..	1980	6,0	..	..	1994	4,8	..	..	0,09

Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre fecundidad 2001.

Notas: Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

Las estimaciones de las tasas globales de fecundidad provienen de censos, encuestas y datos de registros para fechas alrededor de 1970, 1980, 1990, 1995 y 2000. Sólo se dispone de datos recientes para 19 países, pero para todos los países se hizo al menos una estimación en el período de 1990 a 2000.

Haití y Honduras, con tasas similarmente altas, se los puede considerar rezagados, ya que otros muchos países de Centroamérica tienen tasas globales de fecundidad por debajo de 4 hijos por mujer.

El descenso promedio anual de cada país durante el período de 1970 a 2000 muestra que en Argelia y Viet Nam se produjeron los descensos más rápidos, de más de 2 hijos por decenio (cuadro 2). Otros países con descensos de más de 1,5 hijos por decenio incluyen la República Islámica del Irán, la Jamahiriya Árabe Libia, Mongolia y Marruecos. Entre los países con un ritmo lento de descenso, de 0,5 hijos o menos por decenio, figuran la Argentina, Chile, Guatemala, Haití, Israel, Lesotho, Malasia, el Paraguay y el Uruguay. Todos los países de descenso rápido, salvo Viet Nam, tenían tasas globales de fecundidad de más de 6 hijos por mujer en el decenio de 1970. También en el decenio de 1970, los países de descenso lento tenían tasas globales de fecundidad de menos de 5 hijos por mujer, salvo Guatemala, Lesotho y el Paraguay. De hecho, como muestra el gráfico 1, y es de esperar hasta cierto punto, el ritmo de descenso está directamente relacionado con el nivel de fecundidad en los países con fecundidad intermedia. Los países con fecundidad relativamente alta tienen un ritmo de descenso más rápido que los que tienen una fecundidad más baja.

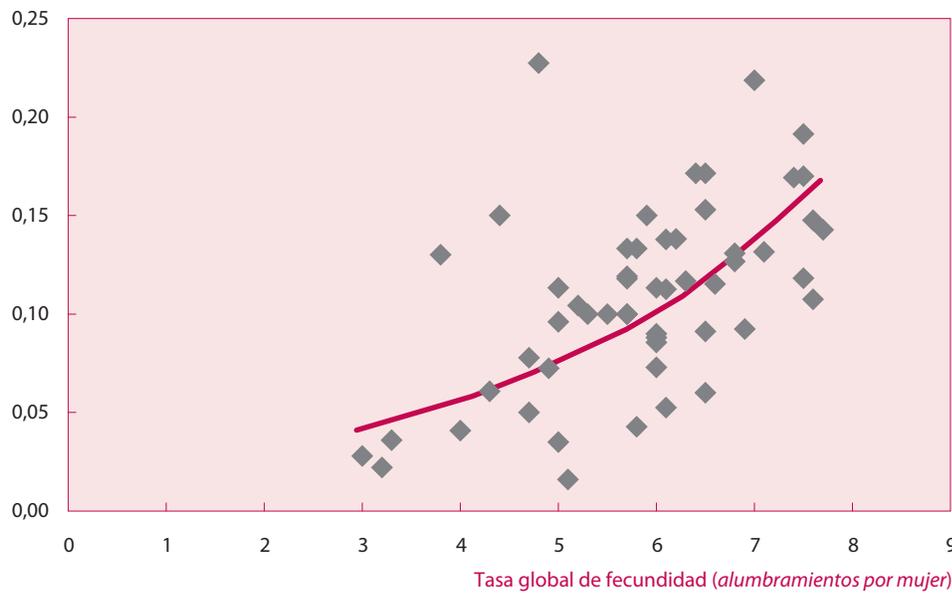
De especial interés son las tendencias de la fecundidad en Bangladesh, el Brasil, la India e Indonesia, debido al tamaño de su población. En estos países se agrupa el 58% de la población de los países con fecundidad intermedia. Todos ellos, salvo la India, tenían una fecundidad de más de 5 hijos por mujer a principios del decenio de 1970 y descendió, en promedio, a una tasa de cerca de un hijo por decenio. Para el decenio de 1990, la tasa global de fecundidad en Bangladesh había bajado a 3,3 nacimientos por mujer, a la que permaneció durante la segunda mitad del decenio de 1990, mientras que las del Brasil e Indonesia habían descendido a 2,6 y 2,8 alumbramientos por mujer, respectivamente. La India registró un descenso ligeramente más lento de fecundidad en los tres últimos decenios: de 4,7 en 1979 a 3,3 en 1997.

En general, el ritmo medio de descenso ha sido más lento en los últimos decenios. El descenso medio⁴ entre 1970 y 1980 era de 0,11 al año o 1,1 hijos por decenio. Entre 1980 y 1990, el descenso se ha retrasado a 0,08 al año, y entre 1990 y 1995 a 0,07 al año. Este ritmo se mantuvo constante durante el quinquenio siguiente, de 1995 a 2000. Una comparación de la tendencia en Nepal y Turquía (gráfico 2) muestra que el retraso está relacionado con los niveles más bajos de TGF en Turquía. En Nepal, al caer la TGF de 6,0 en 1974 a 4,1 en 2000, el ritmo de descenso se fue acelerando progresivamente cada decenio a partir de 1970. En el caso de Turquía, la TGF cayó de 5,7 alumbramientos por mujer en 1970 a sólo 2,4 en 1998. El ritmo de descenso, si bien rápido de 1970 a 1980,

4 Los ritmos medios de descenso citados aquí corresponden a 13 países para los que se dispone de estimaciones para todos los intervalos de 10 años comprendidos entre 1970 y 2000. Incluyen Marruecos y Túnez, en África, Bangladesh, Turquía, Nepal, Kirguistán, Malasia e Israel, en Asia, y el Perú, Colombia, Venezuela, Costa Rica y la Argentina, en América Latina y el Caribe.

Gráfico 1
Cambio de TGF al año según el nivel al comienzo del período (1970)

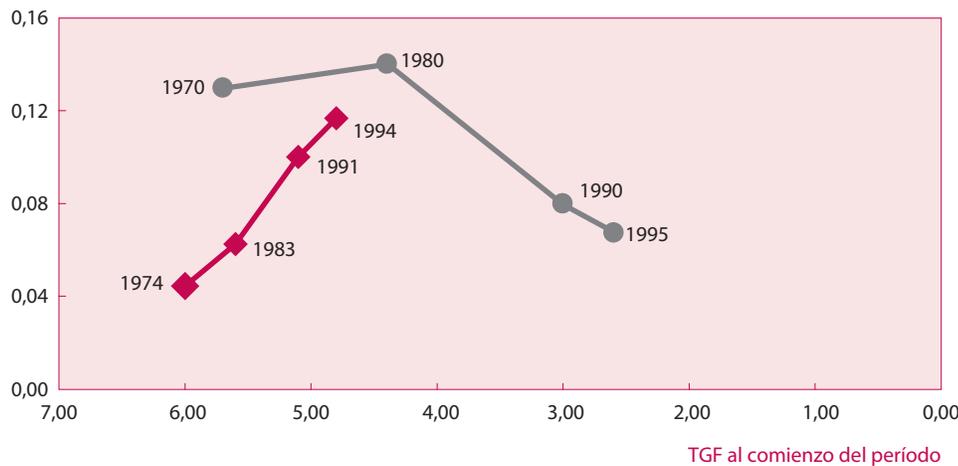
Cambio anual de fecundidad global (nacimientos)



Fuente: Cuadro 2.

Gráfico 2
TGF y cambio anual medio de la fecundidad global: Nepal y Turquía

Cambio anual de fecundidad global (nacimientos)



Fuente: Cuadro 2.

fue mucho más lento en los últimos decenios. Así, a finales del decenio de 1990, Nepal tenía una fecundidad más alta y un ritmo de descenso más rápido que Turquía, que tenía una fecundidad más baja y un ritmo de descenso más lento.

En fechas recientes, los demógrafos se han interesado por los casos en los que el descenso de la fecundidad parece haberse estancado. Este interés se centra, en particular, en Bangladesh y Egipto, donde el descenso de la TGF se ha desacelerado considerablemente. En ambos países la TGF sigue siendo relativamente alta (alrededor de 3,5 alumbramientos por mujer) y en ambos se habían registrado rápidos descensos en el pasado. En Bangladesh, la TGF en 1994 era de 3,4 alumbramientos por mujer, la misma que en 1997. En Egipto, la TGF en 1995 era de 3,7 alumbramientos por mujer y descendió ligeramente a 3,5 en 1998. En el caso de Egipto, aunque no se produjo exactamente un estancamiento del descenso de la fecundidad, la desaceleración después de años de rápido descenso suscita preocupación por las tendencias futuras. Estas desaceleraciones en Bangladesh y Egipto son un fenómeno reciente, pero en una serie de países la fecundidad ha estado cayendo a un ritmo muy lento desde los años 70 y de niveles relativamente bajos. Entre estos países figuran la Argentina, Chile, Israel, Malasia y el Uruguay. En Malasia, la fecundidad descendió en 1,4 hijos en un período de 28 años, hasta llegar a ser de 3,3 alumbramientos por mujer en 1998; en Israel, el descenso fue de 1,1 hijos en 27 años, hasta alcanzar la cifra de 2,9 alumbramientos por mujer en 1997. En Israel y Malasia, la fecundidad se ha mantenido en 3,3 y 2,9 alumbramientos por mujer, respectivamente, desde 1990. En Chile, la fecundidad descendió en 0,9 hijos a lo largo de 25 años, hasta ser de 2,4 alumbramientos por mujer en 1995; en el Uruguay, en 0,7 hijos en 25 años, hasta 2,3 alumbramientos por mujer en 1995; y en la Argentina, en 0,6 hijos en 27 años, hasta alcanzar una TGF de 2,6 alumbramientos por mujer en 1997.

La distribución de la fecundidad por edad

En sus primeras etapas, el descenso de la fecundidad suele ser más pronunciado en las edades más avanzadas que en las más jóvenes, lo que da por resultado un descenso de la edad media de la procreación. Ésta fue la norma en los países desarrollados hasta los años 70. Una norma similar de cambio es típica de muchos países en desarrollo, donde el descenso de la fecundidad en las edades más jóvenes debido a la mayor edad al contraer matrimonio es menor que el causado por el comportamiento de las mujeres mayores, de alta paridez, que dejan de tener hijos. En el cuadro 3 se presenta el porcentaje de la tasa global de fecundidad correspondiente a las mujeres de 15 a 24 años de edad, de 25 a 34 y de 35 en adelante, promediado para cuatro grupos de países. En Asia centromeridional y Asia sudoriental, así como en América Latina y el Caribe, la edad media al procrear parece haber descendido en los últimos tres decenios y las últimas estimaciones indican

Cuadro 3
Porcentaje de la fecundidad global correspondiente a distintos grupos de edad, de 15 a 24, de 25 a 34 y de 35 años en adelante, en determinadas regiones

Región	Fecha media de la estimación	Porcentaje de fecundidad global por edad		
		15-24	25-34	35+
África del Norte y Asia occidental	1975	30,4	46,3	23,3
	1994	25,5	49,3	25,2
África subsahariana	1970	30,1	41,3	28,6
	1992	34,2	41,8	24,0
Asia centromeridional y sudoriental	1975	30,1	45,0	24,8
	1994	37,7	46,8	15,7
América Latina y el Caribe	1976	35,1	43,7	21,3
	1995	40,8	42,3	17,0

Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre fecundidad 2001.

que menos de una quinta parte de la fecundidad global corresponde a mujeres de más de 35 años de edad. En el África subsahariana, se observa una tendencia similar, aunque la proporción de la fecundidad global en edades más avanzadas todavía es relativamente alta (24%). En África del Norte y Asia occidental, el cambio de distribución de la fecundidad por edad es más acorde con el registrado en los países desarrollados a partir de 1970, es decir, un envejecimiento de la tabla de fecundidad. Mientras que la proporción de la fecundidad global correspondiente al grupo más joven disminuyó del 30% al 25%, la que se puede atribuir a las mujeres de más edad aumentó del 23% al 25%.

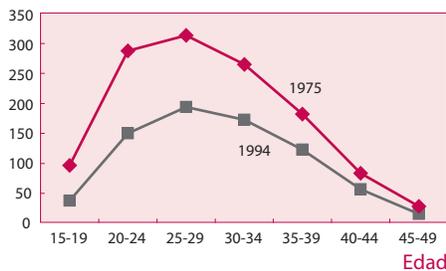
Las tasas de fecundidad por edad de los cuatro grupos de países promediados para los períodos más temprano y último se presentan en el gráfico 3. Salvo África del Norte y Asia occidental, sorprende que se haya producido un descenso muy pequeño de la fecundidad entre los grupos más jóvenes. En América Latina y el Caribe, como en el África subsahariana, parece haberse registrado, si acaso, un descenso insignificante entre las mujeres de 15 a 19 años. La misma situación se ha dado en los países de Asia centromeridional y sudoriental. Ahora bien, la última tasa de fecundidad media de adolescentes es mucho más baja en estas últimas regiones, 59 alumbramientos por mil mujeres, que en aquéllas, 100 alumbramientos por mil mujeres.

En resumen, se puede decir que, si bien la mayoría de los países con tasas de fecundidad entre 5 y 2,1 hijos registraron descensos de la fecundidad en los últimos tres decenios y se pueden considerar “en transición”, el ritmo del descenso ha sido desigual. Los países que están en el extremo superior de la escala de fecundidad intermedia parecían haber tenido un ritmo de descenso más rápido en el decenio de 1990 que los que se encontraban en el extremo inferior de la escala. El ritmo de descenso está, en gran medida, relacionado con la tasa de fecundidad más que con el período del calendario. La cuestión sigue siendo cuánto tiempo continuará el ritmo actual de descenso y qué nivel alcanzará antes de estabilizarse.

Gráfico 3
Tasas de fecundidad por edad, en regiones determinadas

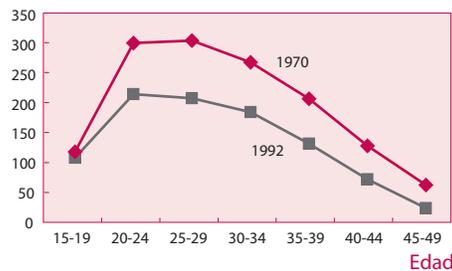
África del Norte y Asia occidental

Alumbramientos por mil mujeres



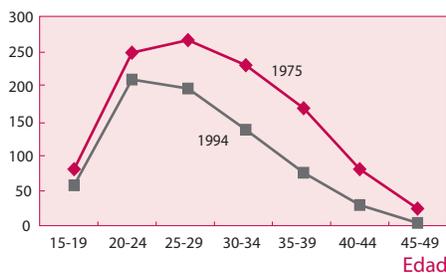
África subsahariana

Alumbramientos por mil mujeres



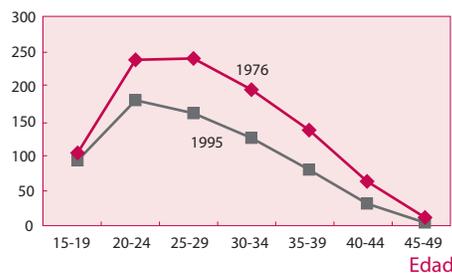
Asia centromeridional y sudoriental

Alumbramientos por mil mujeres



América Latina y el Caribe

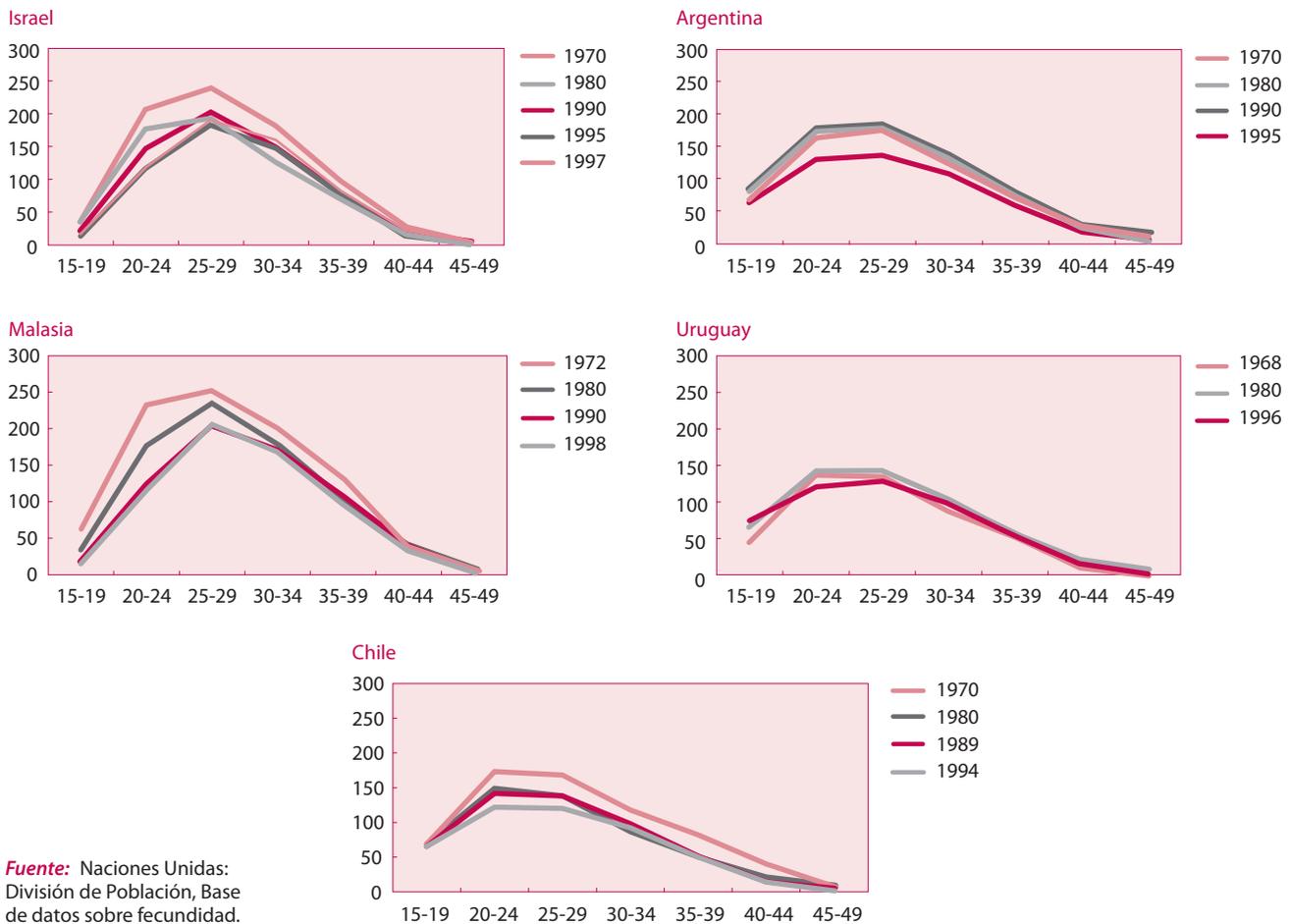
Alumbramientos por mil mujeres



Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre fecundidad.

Una serie de países ha alcanzado niveles de fecundidad bastante bajos y está registrando descensos muy lentos. En la Argentina, Chile y el Uruguay (gráfico 4) los últimos descensos se han producido principalmente entre las mujeres en plena edad de procrear, mientras que la fecundidad de las adolescentes se mantiene alta y sin cambios. La distribución por edad de la fecundidad en estos países indica que la fecundidad se sigue concentrando en la población joven, aunque las últimas estimaciones muestran un aumento de la fecundidad entre las mujeres de 35 años en adelante, mientras que en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años (pero no el de 15 a 19) la fecundidad ha disminuido. El aumento de la fecundidad en edades más avanzadas, junto con una caída en las edades más jóvenes, puede ser indicio de una recuperación de los nacimientos anteriormente postergados, fenómeno observado en varios países europeos. Esta hipótesis es compatible con el incremento de la edad al tener el primer hijo, que parece estar sucediendo en Chile. En Israel y Malasia, otros países donde la fecundidad ha estado descendiendo a un ritmo lento, en particular en los últimos tiempos, las últimas distribuciones de la fecundidad por edad también muestran reducciones de las tasas de las mujeres más jóvenes y aumentos entre las mayores. Es probable que tanto la postergación como la recuperación estén teniendo lugar en estos dos países. De ser así, el efecto postergación-recuperación es probable que continúe e incluso se intensifique de una cohorte a la siguiente. La postergación de los nacimientos redujo la TGF, pero la recuperación tiene el efecto de abultarla. El grado en que se produzca una u otra determina el nivel de la TGF.

Gráfico 4
Tasas de fecundidad por edad, del decenio de 1970 a las más recientes, en Israel, la Argentina, Malasia, el Uruguay y Chile



Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre fecundidad.

Estas observaciones se basan únicamente en el análisis de niveles, tendencias y distribución de la fecundidad por edad. Otros factores son importantes para la comprensión de las tendencias de la fecundidad; algunos de ellos se examinan en las secciones siguientes.

EL MATRIMONIO Y LA ANTICONCEPCIÓN

En esta sección se examinan los dos factores próximos: el matrimonio y la anticoncepción, que afectan el riesgo de una mujer de concebir y, por ende, el nivel y la distribución de la fecundidad.

El matrimonio

En la mayoría de los países, en particular los menos desarrollados, la familia sigue siendo la unidad en la que tiene lugar la procreación. El matrimonio suele marcar el comienzo de la formación de la familia y, como tal, afecta la fecundidad directamente a través de su impacto en la duración de la exposición de una mujer al riesgo de concebir. La edad al contraer matrimonio es, por tanto, un indicador principal de esta exposición. La edad al contraer matrimonio⁵ se mide por la proporción de mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 que se casa alguna vez (cuadro 4), así como la edad media de la población soltera al casarse (cuadro 5). En los años 90, la proporción de mujeres de 15 a 19 años, casadas alguna vez, varió del 1% en la Jamahiriya Árabe Libia a más del 40% en Bangladesh y Nepal. De manera análoga, la proporción de mujeres de 20 a 24 años, casadas alguna vez, oscila entre el 12% en la Jamahiriya Árabe Libia y más del 80% en Bangladesh, Kirguistán y Nepal. A escala regional y, en promedio, la proporción de mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24, casadas alguna vez, es más baja en África (11% y 46%, respectivamente) que en Asia (16% y 59%, respectivamente) y América Latina y el Caribe (20% y 59%, respectivamente).

La proporción de mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años casadas alguna vez disminuyó entre los años 80 y 90 (cuadro 4), lo que indica una tendencia al aumento de la edad al contraer matrimonio. El gráfico 5, en el que se traza el cambio porcentual en la proporción de mujeres casadas alguna vez frente al cambio porcentual de la tasa de fecundidad por edad en África del Norte y Asia occidental y Asia centromeridional y sudoriental, muestra que este descenso del matrimonio entre los grupos de edad joven ha ido acompañado de un descenso de la fecundidad en esos grupos de edad. Este gráfico también

⁵ Para los fines del presente documento, el matrimonio incluye las uniones consensuales.

Cuadro 4
Tendencias en la proporción de mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años casadas^a alguna vez

Región y país	Primer año	Mujeres casadas alguna vez (%)		Último año	Mujeres casadas alguna vez (%)	
		15-19	20-24		15-19	20-24
África del Norte y Asia occidental						
Argelia	1977	23,6	69,0	1992	5,4	29,6
Egipto	1986	20,7	60,6	1996	14,5	56,1
Emiratos Árabes Unidos	1987	56,5	87,8	1995	8,2	41,7
Israel	1972	8,7	54,3	1983	6,8	49,3
Jamahiriya Árabe Libia	1984	9,1	49,9	1995	1,0	12,2
Jordania	1979	20,5	64,4	1997	8,2	38,8
Kuwait	1989	14,4	54,8	1996	5,4	42,0
Marruecos	1982	18,5	59,6	1995	10,5	39,8
República Árabe Siria	1970	27,7	70,2	1981	24,9	64,1
Sudán	1983	28,8	69,5	1990	15,9	45,8
Túnez	1984	6,7	41,0	1994	3,0	27,7
Turquía	1980	21,0	72,7	1998	15,5	60,7

Cuadro 4
Tendencias en la proporción de mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años casadas^a alguna vez
(continuación)

Región y país	Primer año	Mujeres casadas alguna vez (%)		Último año	Mujeres casadas alguna vez (%)	
		15-19	20-24		15-19	20-24
África subsahariana						
Botswana	1981	7,3	31,2	1991	5,4	27,2
Ghana	1979	30,9	84,6	1998/1999	16,4	71,0
Kenya	1989	18,8	64,7	1998	16,7	65,1
Lesotho	1976	29,4	79,6	1986	18,1	70,4
Sudáfrica	1980	5,6	35,8	1991	4,5	28,7
Asia centromeridional						
Bangladesh	1981	68,7	94,9	1999/2000	48,1	81,5
India	1981	44,1	86,0	1998/1999	33,6	78,8
Irán (República Islámica del)	1986	34,2	74,2	1994	22,4	64,9
Nepal	1981	50,8	86,9	1996	44,0	85,2
Tayikistán	1979	..	79,6	1989	11,6	76,9
Turkmenistán	1979	..	68,3	1989	6,4	53,3
Uzbekistán	1989	15,3	74,1	1996	13,0	77,2
Asia sudoriental						
Filipinas	1980	14,1	54,5	1998	8,5	43,7
Indonesia	1980	30,1	77,7	1997	18,0	63,9
Malasia	1980	10,3	48,7	1994	7,6	39,8
Myanmar	1983	16,8	57,9	1997	6,6	34,8
Viet Nam	1989	11,4	57,5	1997	7,7	53,1
El Caribe						
Haití	..	..	..	2000	19,4	57,3
Jamaica	..	..	..	1997	30,6	70,9
República Dominicana	..	..	..	1996	28,9	66,1
América Central						
Costa Rica	..	..	..	1992/1993	17,1	62,2
El Salvador	..	..	..	1998	26,2	60,5
Guatemala	..	..	..	1998/1999	26,1	69,5
Honduras	..	..	..	1996	30,4	68,2
México	..	..	..	1990	15,4	54,2
Nicaragua	..	..	..	1998	34,3	75,1
Panamá	..	..	..	1990	21,4	55,9
América del Sur						
Argentina	..	..	..	1991	12,4	45,2
Bolivia	..	..	..	1998	12,2	53,4
Brasil	..	..	..	1996	16,8	52,6
Chile	..	..	..	1992	11,7	43,8
Colombia	..	..	..	2000	17,6	50,1
Ecuador	..	..	..	1999	19,2	56,2
Paraguay	..	..	..	1996	18,4	62,7
Perú	..	..	..	1996	12,5	52,3
Uruguay	..	..	..	1996	12,8	44,8
Venezuela	..	..	..	1990	17,7	50,6
Oceanía						
Papua Nueva Guinea	..	..	..	1996	20,8	75,1

Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre el matrimonio.

Nota: Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

^a El matrimonio incluye las uniones consensuales.

Cuadro 5
Tendencias en la edad media de la población soltera al contraer matrimonio^a
entre las mujeres

Región y país	Primer año	Edad media de la población soltera al contraer matrimonio	Último año	Edad media de la población soltera al contraer matrimonio	Cambio en la edad media de la población soltera al contraer matrimonio
África oriental					
Kenya	1989	21,7	1998	21,7	0,0
África del Norte					
Argelia	1980	20,8	1992	25,9	5,1
Egipto	1986	21,6	1996	22,3	0,7
Jamahiriya Árabe Libia	1973	18,7	1984	23,0	4,3
Marruecos	1982	22,2	1994	25,3	3,1
Sudán	1983	20,7	1993	22,7	2,0
Túnez	1984	24,3	1994	26,6	2,3
África meridional					
Botswana	1981	26,4	1991	26,9	0,5
Lesotho	1976	20,1	1986	21,3	1,2
Sudáfrica	1980	25,7	1991	26,8	1,1
África occidental					
Ghana	1979	20,5	1993	22,4	1,9
Asia oriental					
Mongolia	..	..	1998	22,5	..
Asia centromeridional					
Bangladesh	1981	16,7	1989	18,1	1,4
India	1981	18,7	1991	19,3	0,6
Irán (República Islámica del)	1986	20,2	1994	21,7	1,5
Kirguistán	1985	..	1997	20,4	..
Nepal	1981	17,9	1991	18,5	0,6
Tayikistán	1979	..	1989	20,9	..
Turkmenistán	1979	..	1989	22,6	..
Uzbekistán	1989	21,0	1996	20,6	-0,4
Asia sudoriental					
Filipinas	1980	22,4	1995	24,1	1,7
Indonesia	1980	20,0	1990	21,6	1,6
Malasia (Peninsular)	1984	24,5	1994	24,9	0,4
Myanmar	1991	24,5	1997	26,4	1,9
Viet Nam	1989	23,1	1997	22,1	-1,0
Asia occidental					
Emiratos Árabes Unidos	1987	23,1	1995	24,3	1,2
Israel	1972	22,8	1983	23,5	0,7
Jordania	1979	21,5	1997	25,3	3,8
Kuwait	1989	23,0	1996	25,3	2,3
Líbano	1970	23,2	..	..	..
República Árabe Siria	1970	20,7	1981	21,5	0,8
Turquía	1980	20,7	1990	22,0	1,3
El Caribe					
Haití	1988	23,8	1994	22,1	-1,7
República Dominicana	1986	21,5	1996	21,3	-0,2
América Central					
Costa Rica	1973	21,7	1984	22,2	0,5
El Salvador	1992	22,3	1998	21,6	-0,7
Guatemala	1987	..	1998	20,5	..

Cuadro 5
Tendencias en la edad media de la población soltera al contraer matrimonio^a
entre las mujeres (continuación)

Región y país	Primer año	Edad media de la población soltera al contraer matrimonio	Último año	Edad media de la población soltera al contraer matrimonio	Cambio en la edad media de la población soltera al contraer matrimonio
América Central (continuación)					
Honduras	1988	20,9	1996	20,4	-0,5
México	1980	21,6	1990	22,4	0,8
Nicaragua	1992	19,8	1998	20,0	0,2
Panamá	1980	21,4	1990	21,9	0,5
América del Sur					
Argentina	1991	23,3	..	..	..
Bolivia	1988	22,8	1998	22,8	0,0
Brasil	1980	22,7	1997	22,8	0,1
Chile	1982	23,6	1992	23,4	-0,2
Colombia	1985	22,7	1993	22,5	-0,2
Ecuador	1982	21,4	1990	22,0	0,6
Paraguay	1982	21,8	1992	21,5	-0,3
Perú	1981	22,8	1996	23,1	0,3
Uruguay	1985	22,9	1996	23,3	0,4
Venezuela	1981	21,3	1990	22,1	0,8
Oceanía					
Papua Nueva Guinea	1980	20,6	1996	20,8	0,2

Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre el matrimonio.

Nota: Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

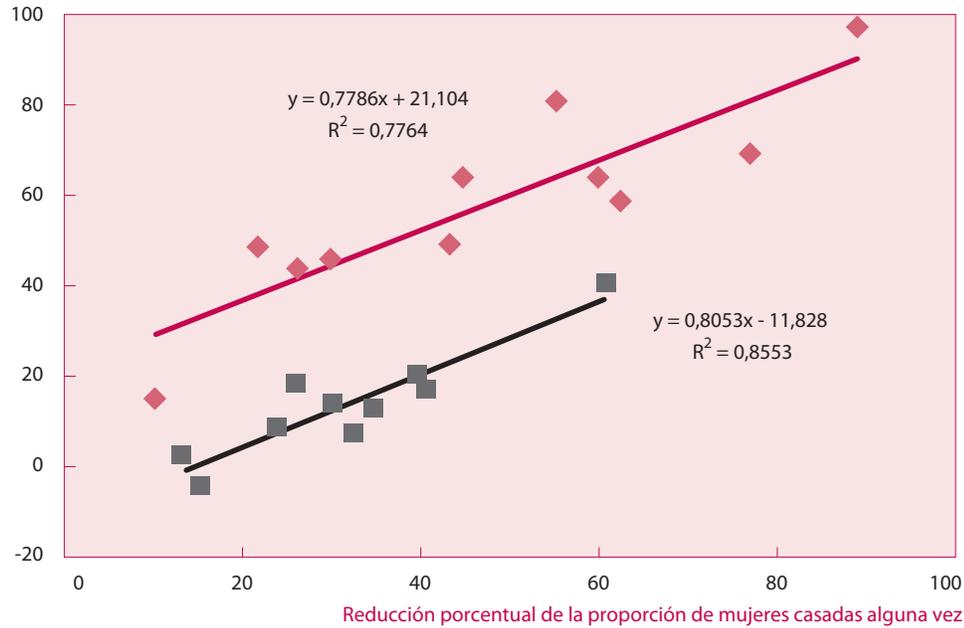
^a El matrimonio incluye las uniones consensuales.

revela que los descensos de la fecundidad y de la proporción de mujeres casadas alguna vez han sido mayores en África del Norte y Asia occidental que en Asia centromeridional y sudoriental. En África del Norte y Asia occidental, el efecto de depresión que causa en la fecundidad la reducción de la proporción de mujeres de 15 a 19 años casadas alguna vez se refleja en la TGF. En casi las dos terceras partes de los 11 países que han experimentado la reducción de la fecundidad más rápida (reducción de la TGF de al menos 1,5 hijos por mujer por decenio en el período de 1970 a 2000), menos del 10% de las mujeres de 15 a 19 años han estado casadas alguna vez. En cambio, en la gran mayoría (más del 80%) de los 43 países donde se han registrado las reducciones de fecundidad más lentas, más del 10% de las mujeres de 15 a 19 años han estado casadas alguna vez.

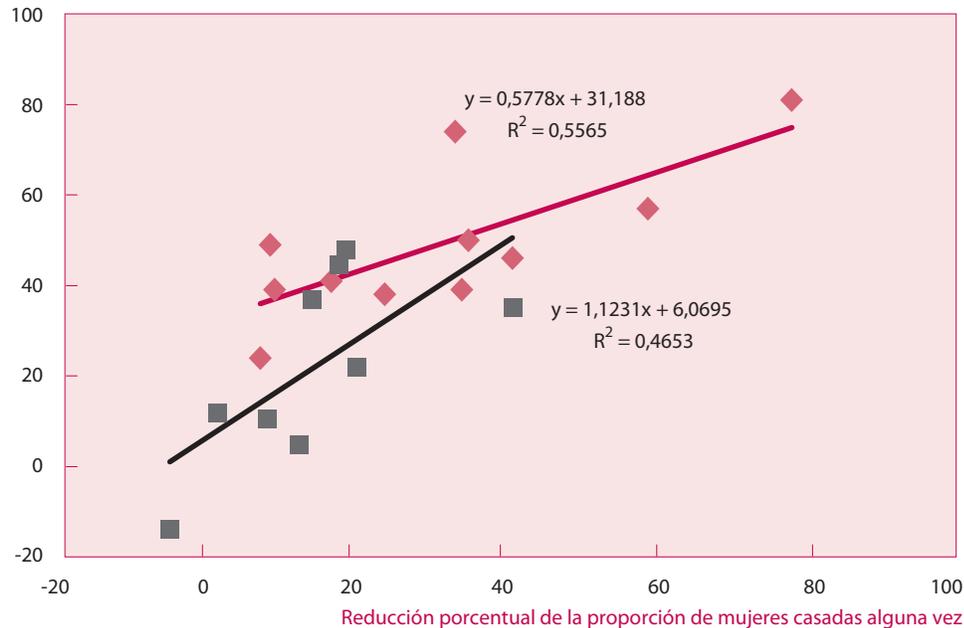
En el decenio de 1990, la edad media de las mujeres que se casaban por primera vez antes de los 50 años era de 24 años en África, 22 en Asia y 23 en América Latina y el Caribe. Las edades medias más jóvenes de la población soltera al casarse son las de Bangladesh, la India y Nepal (18,1 años en 1989, 19,3 en 1991 y 18,5 en 1991, respectivamente). En los demás países, las mujeres se casan por primera vez de 20 a 29 años. A partir del decenio de 1980, la edad media al contraer matrimonio ha aumentado en la mayoría de los países, en particular los de África del Norte, así como Jordania, Kuwait y Myanmar, donde el aumento ha sido de 2 años o más. Digno de mención es el caso de Argelia, donde la edad media al contraer matrimonio aumentó 5 años entre 1980 y 1992. Este considerable retraso del matrimonio, en particular, hasta después de los 25 años, ha sido un importante factor del rápido descenso de la TGF, de más de 2 hijos por decenio, que se registró en Argelia de 1979 a 1995 (cuadro 2). En los países de África del Norte, el efecto del aumento de la edad al contraer matrimonio en la fecundidad se puede ver en la distribución de la fecundidad por edad en esos países. Como se señalaba en la sección *supra*, mientras que la fecundidad descendió más entre los grupos de edad mayor en otras regiones, en África del Norte y Asia occidental el descenso se debió, en primer lugar, a la reducción de la fecundidad en las edades más jóvenes.

Gráfico 5
Relación entre el cambio de la proporción de mujeres casadas alguna vez y el cambio de la tasa de fecundidad por edad entre las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años

Reducción porcentual de la tasa de fecundidad por edad, mujeres de 15 a 19 años



Reducción porcentual de la tasa de fecundidad por edad, mujeres de 20 a 24 años



Fuentes: Cuadro 4 y Naciones Unidas: División de Población, base de datos sobre la fecundidad.

El uso de anticonceptivos

Los estudios publicados sobre el descenso de la fecundidad en los países en desarrollo muestran que en el pasado este fenómeno se ha debido, predominantemente, al mayor uso de anticonceptivos. El uso de anticonceptivos por las mujeres en edad de procrear, que están casadas o viven en una unión consensual, ha alcanzado en general un nivel medio o alto en los países con fecundidad intermedia (cuadro 6). En el decenio anterior,

Cuadro 6

Niveles y tendencias de uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad de procrear que están casadas o viven en una unión consensual; necesidad de planificación de la familia

Región y país	Año	Uso de anticonceptivos				Necesidad no satisfecha de planificación de la familia	
		Últimas cifras de uso (porcentaje)		Tendencias 1990-2000 (cambio porcentual anual)		Porcentaje de necesidad no satisfecha	Porcentaje de necesidad satisfecha
		Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno		
África oriental							
Kenya	1998	39,0	31,5	1,3	1,3	23,9	63,1
África del Norte							
Argelia	1995	56,9	49,4	2,0	2,2	..	..
Egipto	2000	56,1	53,9	1,5	1,4	11,2	83,6
Jamahiriyá Árabe Libia	1995	39,7	25,6	..	..	..	..
Marruecos	1995	50,3	42,4	2,6	2,1	16,1	76,8
Sudán	1992/1993	8,3	6,9	0,0	0,2	26,0 ^a	23,5 ^a
Túnez	1994	60,0	51,0	1,7	1,8	..	..
África meridional							
Botswana	1988	33,0	31,7	..	..	..	..
Lesotho	1991/1992	23,2	18,9	..	..	..	..
Sudáfrica	1998	56,3	55,1	0,7	0,7	..	..
África occidental							
Ghana	1998/1999	22,0	13,3	0,6	0,7	23,0	48,9
Asia oriental							
Mongolia	1998	59,9	45,7	..	..	..	..
Asia centromeridional							
Bangladesh	1999/2000	53,8	43,4	1,8	1,6	15,3	78,3
India	1998/1999	48,2	42,8	1,3	0,1	15,8	75,3
Irán (República Islámica del)	1997	72,9	56,0	2,4	3,0	..	..
Kirguistán	1997	59,5	48,9	..	..	11,6	83,7
Nepal	2001	39,3	35,4	1,7	1,4	31,4 ^b	47,6 ^b
Tayikistán	..	..	..	..	..	..	..
Turkmenistán	2000	61,8	53,1	..	..	..	..
Uzbekistán	1996	55,6	51,3	..	..	13,7	80,2
Asia sudoriental							
Filipinas	1998	46,0	28,2	1,2	0,7	19,8	71,5
Indonesia	1997	57,4	54,7	1,1	1,1	9,2	86,4
Malasia	1994	54,5	29,8	1,0	-0,3	..	..
Myanmar	1997	32,7	28,4	3,2	3,0	..	..
Viet Nam	1997	75,3	55,8	2,9	3,0	6,9	91,6
Asia occidental							
Emiratos Árabes Unidos	1995	27,5	23,6	..	..	..	..
Israel (población judía)	1987/1988	68,0	52,0	..	..	..	..
Jordania	1997	52,6	37,7	2,5	1,5	14,2	80,1
Kuwait	1996	50,2	40,9	1,0	1,1	..	..
Líbano	1996	61,0	37,0	..	..	..	..
República Árabe Siria	1993	36,1	28,3	..	..	..	..
Turquía	1998	63,9	37,7	0,1	0,7	10,1	86,6
El Caribe							
Haití	2000	28,1	22,3	1,7	1,2	39,8	41,4
Jamaica	1997	65,9	62,6	1,2	1,3	..	..
República Dominicana	1996	63,7	59,2	1,4	1,5	12,5	83,9

Región y país	Año	Uso de anticonceptivos				Necesidad no satisfecha de planificación de la familia	
		Últimas cifras de uso (porcentaje)		Tendencias 1990-2000 (cambio porcentual anual)		Porcentaje de necesidad no satisfecha	Porcentaje de necesidad satisfecha
		Cualquier método	Método moderno	Cualquier método	Método moderno		
América Central							
Costa Rica	1992/1993	75,0	64,6	0,8	0,9	..	..
El Salvador	1998	59,7	54,1	1,3	1,1	8,2	..
Guatemala	1998/1999	38,2	30,9	1,4	1,0	23,1	62,9
Honduras	1996	50,0	41,0	0,9	1,3	18,0	..
México	1995	66,5	57,5	1,7	1,6	..	..
Nicaragua	1998	60,3	57,4	1,9	2,1	14,7	80,8
Panamá	1984	58,2	54,2	..	..	..	..
América del Sur							
Argentina	..	..	..	..	..	..	..
Bolivia	1998	48,3	25,2	1,7	1,6	26,1	64,9
Brasil	1996	76,7	70,3	1,1	1,4	7,3	91,5
Chile	..	..	..	..	..	..	..
Colombia	2000	76,9	64,0	1,1	0,9	6,2	92,8
Ecuador	1999	65,8	51,5	1,4	0,9	10,0	..
Paraguay	1998	57,4	47,7	1,8	1,7	17,3	..
Perú	1996	64,2	41,3	1,5	2,0	12,1	85,1
Uruguay	..	..	..	..	..	..	..
Venezuela	1977	49,3	37,7	..	..	..	..
Oceanía							
Papua Nueva Guinea	1996	25,9	19,6	..	..	..	..

Fuente: Naciones Unidas: División de Población, Base de datos sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Nota: Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

^a Datos correspondientes al año 1990.

^b Datos correspondientes al año 1996.

el porcentaje de usuarias de cualquier método anticonceptivo era al menos del 50% en dos terceras partes de los 50 países sobre los que se dispone de datos (cuadro 7). En el Brasil, Colombia, Costa Rica, la República Islámica del Irán y Viet Nam, el uso de anticonceptivos ha alcanzado el 70% o más, proporción comparable a la de los países más desarrollados. Cabe señalar que estos cinco países de elevada proporción de uso de anticonceptivos tienen una TGF de menos de 3 hijos por mujer. En cambio, más de la mitad de los países donde la proporción de uso de anticonceptivos es inferior al 50% pertenecen al grupo de países con las TGF más altas, es decir, de 4,5 hijos o más por mujer. El Sudán, donde la proporción de uso era de 8,3 de 1992 a 1993, está en el extremo más bajo de la escala en cuanto a uso de anticonceptivos. En la gran mayoría de los países considerados aquí, los métodos modernos de anticoncepción dan cuenta de más del 75% del uso de anticonceptivos. Sólo en Bolivia, Malasia y Turquía, los métodos modernos representan menos del 60% del uso de anticonceptivos.

El vínculo entre el descenso de la fecundidad y el uso de anticonceptivos se demuestra además por el hecho de que, en general, cuanto más alto fue el uso de anticonceptivos del decenio de 1990 al año 2000, tanto más rápido el descenso de la fecundidad que se produjo durante el período de 1970 a 2000 (cuadro 8). En todos los países de descenso rápido (con un descenso de la TGF anual de 1,5 hijos por decenio) la proporción de uso de anticonceptivos es de más del 50%, salvo en los Emiratos Árabes Unidos y la Jamiyahiriya Árabe Unida. En cambio, en más de la mitad de los países con un descenso anual de la TGF de menos de un hijo por decenio, esa proporción es de menos del 50%. Las

Cuadro 7
Distribución de países por uso de anticonceptivos^a

	Uso de anticonceptivos					
	Menos de 10 %	20 a < 30 %	30 a < 40 %	40 a < 50 %	50 a < 60 %	60 a < 70 %	70 % o más
Sudán	Emiratos Árabes Unidos Ghana Haití Lesotho Papua Nueva Guinea	Botswana Guatemala Jamahiriya Árabe Libia Kenya Myanmar Nepal República Árabe Siria	Bolivia Filipinas India Venezuela	Argelia Bangladesh Egipto El Salvador Honduras Indonesia Jordania Kuwait Malasia Marruecos Panamá Paraguay Sudáfrica Uzbekistán	Ecuador Israel Jamaica Kirguistán Líbano México Mongolia Nicaragua Perú República Dominicana Túnez Turkmenistán Turquía	Brasil Colombia Costa Rica Irán (República Islámica del) Viet Nam

Fuente: Cuadro 3.

^a Porcentaje de mujeres en edad de procrear, que están casadas o viven en unión consensual, que usan anticonceptivos.

Cuadro 8
Distribución de países por descenso anual de la tasa global de fecundidad
y uso de anticonceptivos^a

Uso de anticonceptivos	Descenso promedio de la TGF de 1970 a 2000 (número de hijos por decenio)			
	2 o más	1,5 a 1,9	1,0 a 1,4	< 1,0
Menos de 50%		Emiratos Árabes Unidos Jamahiriya Árabe Libia	Kenya Myanmar República Árabe Siria Sudán	Bolivia Botswana Filipinas Ghana Guatemala Haití India Lesotho Nepal Papua Nueva Guinea
50% o más	Argelia Viet Nam	Irán (República Islámica del) Jordania Marruecos Mongolia Nicaragua Sudáfrica	Bangladesh Brasil Colombia Ecuador Egipto El Salvador Honduras Indonesia Jamaica Kuwait Líbano México Panamá Perú República Dominicana Túnez Turquía Uzbekistán Venezuela	Argentina Chile Costa Rica Israel Kirguistán Malasia Paraguay Turkmenistán

Fuente: Cuadros 2 y 3.

^a Porcentaje de mujeres en edad de procrear, que están casadas o viven en unión consensual, que usan anticonceptivos.

excepciones a esta regla son los países que ya tenían una TGF de menos de 5 hijos por mujer en los primeros años 70.

Los países donde el uso de anticonceptivos se ha extendido mucho en un corto período de tiempo han registrado, como era de esperar, los descensos de la fecundidad más rápidos (cuadro 9). De los 36 países sobre los que se disponía de datos de las últimas tendencias en cuanto al uso de anticonceptivos, siete han registrado un aumento anual

de uso de anticonceptivos de, al menos, 2: Argelia, Jordania, Kirguistán, Myanmar, Marruecos, República Islámica del Irán y Viet Nam. Entre ellos, sólo Kirguistán y Myanmar han tenido una tasa de descenso de fecundidad de menos de 1,5 hijos por decenio, lo cual está relacionado con el hecho de que esos dos países ya tenían una TGF de menos de 5 hijos por mujer a comienzos del decenio de 1970. La gran mayoría (90%) de los países donde el aumento del uso de anticonceptivos ha sido recientemente de menos del 2% al año, han registrado un descenso de la fecundidad relativamente lento durante el período de 1970 a 2000. A excepción de Costa Rica y Malasia, esos países tenían una TGF de al menos 5 hijos por mujer en el decenio de 1970. Además, el nivel real de fecundidad en la mayoría de esos países todavía es de más de 3 hijos por mujer. Estos resultados indican que un aumento adicional y más rápido del uso de anticonceptivos puede reducir la fecundidad aún más en la mayoría de los países con fecundidad intermedia.

Pese al uso relativamente alto de anticonceptivos en los países con fecundidad intermedia, todavía existe una gran demanda sin atender. En 28 países sobre los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres con necesidades de planificación de la familia no satisfechas⁶ varía de menos del 10% en el Brasil, Colombia, El Salvador, Indonesia y Viet Nam, a más del 30% en Haití y Nepal. Por otra parte, el porcentaje de mujeres cuyas necesidades de planificación se han satisfecho⁷ varía de menos del 50% en Ghana, Haití, Nepal y el Sudán, a más del 90% en el Brasil, Colombia y Viet Nam. En el plano regional, la mayor necesidad sin atender está en África (19%) y la menor en Asia (15%), en promedio. Lógicamente, el porcentaje de mujeres cuyas necesidades de planificación de la familia se satisface es, por tanto, más bajo en África (alrededor del 60%), más alto en Asia (alrededor del 80%) y alrededor del 75% en América Latina y el Caribe, por término medio. Los países con los índices más bajos de necesidades no satisfechas (y los más altos de necesidades satisfechas) son todos ellos países donde el uso de anticonceptivos ha alcanzado proporciones muy altas (más del 70%). Sería difícil esperar nuevos descensos de la fecundidad gracias a un aumento del uso de anticonceptivos en esos países. Sin embargo, en la mayoría de los países todavía existe una gran necesidad no satisfecha y, entre ellos, los que tienen los porcentajes más altos de necesidad no satisfecha (y los más bajos de necesidades atendidas) son todos países con una TGF de más de 4 hijos por

- 6 Las mujeres con necesidades de planificación de la familia no atendidas son las que desearían posponer o terminar la procreación, pero no están practicando la anticoncepción, es decir, las que están experimentando una discordancia entre sus preferencias de fecundidad y su práctica anticonceptiva.
- 7 Las mujeres cuyas necesidades de planificación de la familia se han atendido son las que están usando anticonceptivos entre las que necesitan planificación de la familia.

Cuadro 9
Distribución de países por descenso anual de la tasa global de fecundidad y últimas tendencias en el uso de anticonceptivos^a

Tendencias en el uso de anticonceptivos (cambio porcentual anual)	Descenso promedio de la TGF de 1970 a 2000 (número de hijos por decenio)			
	2 o más	1,5 a 1,9	1,0 a 1,4	< 1,0
2% o más	Argelia Viet Nam	Irán (República Islámica del) Jordania Marruecos	Myanmar	Kirguistán
1,5 a < 2%		Nicaragua	Bangladesh Egipto México Perú Túnez	Bolivia Haití Nepal Paraguay
1,0 a < 1,5%			Brasil Colombia El Salvador Indonesia Jamaica Kenya Kuwait República Dominicana	Filipinas Guatemala India Malasia
Menos de 1%		Sudáfrica	Honduras Sudán Turquía	Costa Rica Ghana

Fuente: Cuadros 2 y 3.

^a Porcentaje de mujeres en edad de procrear, que están casadas o viven en unión consensual, que usan anticonceptivos.

mujer. Esos resultados indican, una vez más, que hay margen para un aumento del uso de anticonceptivos en la mayoría de los países con fecundidad intermedia y que este nuevo aumento puede reducir más y con más rapidez la fecundidad, en particular, en los países donde todavía es bastante alta (más de 4 hijos por mujer).

En los ocho países donde se ha registrado el descenso de la fecundidad más rápido (un descenso de la TGF de al menos 1,5 hijos por decenio): Argelia, Jordania, Marruecos, Nicaragua, República Islámica del Irán, Viet Nam, Zimbabwe y Sudáfrica, las mujeres que viven en zonas urbanas son considerablemente más propensas a usar anticonceptivos que las que residen en zonas rurales. De manera similar, las mujeres más instruidas tienden más a usar anticonceptivos que las no tan instruidas o las que no tienen estudios. Estas diferencias existen en el uso tanto de cualquier método de anticoncepción como en el de cualquier método moderno de anticoncepción. Estos resultados indican que en esos países todavía es posible un aumento del uso de anticonceptivos (entre las mujeres rurales y menos instruidas), aumento que, a su vez, puede conducir a nuevos descensos de la fecundidad. De hecho, estas diferencias de uso de anticonceptivos existen en todos los países con fecundidad intermedia, salvo en Costa Rica. La fecundidad de este país era ya de menos de 5 a comienzos del decenio de 1970.

EDUCACIÓN Y URBANIZACIÓN

La educación

Durante los últimos dos decenios se han conseguido importantes adelantos en la educación de la mujer en numerosos países. En nueve de 20 países que figuran en el cuadro 10, más del 50% de las mujeres en edad de procrear han cursado, al menos, estudios de enseñanza secundaria. Al mismo tiempo, en 11 países, menos del 20% de las mujeres en edad de procrear no han sido escolarizadas, frente a siete países en el período anterior. Ahora bien, no en todos los países se han logrado estos adelantos en la educación de la mujer. En Egipto, Guatemala y Marruecos, más de una tercera parte de las mujeres en edad de procrear no ha recibido ninguna instrucción. En Bangladesh, la India, Marruecos y Nepal más de la mitad no tiene estudios.

Numerosos estudios han demostrado de manera convincente el efecto de los adelantos en el grado de educación de la mujer en la reducción de la fecundidad, entre ellos, un estudio de las Naciones Unidas de 26 países en desarrollo (Naciones Unidas, 1995). En ese estudio se confirmaba la relación inversa entre el grado de educación de la mujer y la fecundidad. Se demostraba que las vías principales de influencia a través de las cuales la educación de la mujer reduce la fecundidad eran su asociación con el retraso del matrimonio, el deseo de familias más pequeñas y el mayor uso de anticonceptivos. Las tendencias de la fecundidad por grado de instrucción de la mujer también se examinaban en el estudio. Al analizar datos de dos encuestas distintas para cada país, se llegó a la conclusión de que en muchos países todos los grupos representativos de los distintos grados de instrucción participaban en el descenso de la fecundidad. En muchos casos, debido a que la fecundidad descendía más entre las mujeres menos instruidas, se reducía la diferencia de fecundidad entre las mujeres que habían cursado estudios secundarios y las que tenían, si acaso, una instrucción muy rudimentaria. Las conclusiones del estudio de las Naciones Unidas se confirmaron adicionalmente por el análisis de los datos derivados de la última encuesta correspondiente al decenio de 1990 sobre los países con fecundidad intermedia.

Las tasas globales de fecundidad son más bajas entre las mujeres con estudios secundarios que entre las que no tienen estudios en los 26 países, excepto en Indonesia y Trinidad y Tabago (cuadro 11). Las mujeres con algunos estudios tienen al menos un hijo menos que las que no han recibido ninguna instrucción y, en la mayoría de los países, las mujeres que han cursado estudios secundarios o superiores tienen, en promedio, de uno a cuatro alumbramientos menos que las mujeres sin ninguna instrucción. En todos los países, excepto Filipinas, Ghana y Guatemala, la fecundidad descendió en todas las

Cuadro 10
Distribución del porcentaje de mujeres informantes por grado de educación,
en países determinados

Región y país	Año de la encuesta	Grado más alto de educación			Residencia	
		Sin estudios	Primaria	Secundaria/ Superior	Urbana	Rural
África						
Egipto	1988	50,8	31,8	17,4	48,3	51,7
	2000	43,2	29,7	37,0	44,1	55,9
Ghana	1988	39,7	52,8	7,5	33,9	66,1
	1998	29,1	18,0	52,8	35,9	64,1
Kenya	1989	25,1	54,4	20,4	17,3	82,7
	1998	11,5	59,3	29,2	23,2	76,8
Marruecos	1987	82,7	10,0	7,1	42,7	57,3
	1992	63,4	16,9	19,8	49,2	50,8
Asia						
Bangladesh	1993-1994	58,2	26,8	15,0	11,5	88,5
	1996-1997	54,8	27,0	18,2	11,7	88,3
Filipinas	1993	2,1	31,2	66,6	56,6	43,4
	1998	1,5	26,2	72,2	56,6	43,4
India	1993	61,5	16,3	21,9	26,2	73,8
	1999	53,5	16,9	29,6	26,2	73,8
Indonesia	1987	23,2	60,0	16,8	27,5	72,5
	1997	13,2	58,7	28,1	27,9	72,1
Jordania	1990	23,5	22,5	54,0	73,8	26,2
	1997	9,1	15,3	75,6	83,6	16,4
Nepal	1996	80,0	11,0	9,0	8,4	91,6
	2001	74,0	12,8	13,2	9,6	90,4
Turquía	1993	27,1	55,4	17,5	64,1	35,9
	1998	16,7	53,0	30,3	66,5	33,5
América Latina y el Caribe						
Bolivia	1989	17,4	41,5	41,1	60,0	40,0
	1998	8,1	34,3	57,5	71,5	28,5
Brasil	1986	7,4	66,5	26,0	75,6	24,4
	1996	5,2	32,9	61,9	82,0	18,0
Colombia	1986	5,7	48,8	45,4	72,0	28,0
	2000	3,3	31,8	64,9	77,4	22,6
Ecuador	1987	7,8	47,5	44,7	59,2	40,8
	1999	4,1	39,2	56,4	65,2	34,8
Guatemala	1987	38,4	47,1	14,6	37,2	62,8
	1998-1999	25,3	49,3	25,4	45,0	55,0
Haití	1994-1995	35,6	41,6	22,8	43,9	56,1
	2000	24,6	47,3	28,1	45,9	54,1
Perú	1986	10,9	38,0	51,0	68,1	31,9
	2000	5,1	28,6	66,3	69,9	30,1
República Dominicana	1986	4,8	61,9	33,3	65,5	34,5
	1996	7,0	49,4	43,6	66,6	33,4

Fuente: Encuestas demográficas y de salud.

categorías de educación (véanse también los gráficos 6, 7 y 8). En algunos países, los descensos fueron más pronunciados entre las mujeres sin ningún tipo de instrucción y en otros, entre las que tenían estudios secundarios o superiores.

En nueve de los 16 países con datos para dos fechas distintas (Egipto, Ghana y Kenya, en África; Brasil, Colombia, Guatemala, Perú y República Dominicana, en Amé-

Cuadro 11
Tasas globales de fecundidad por grado de educación y ámbito de residencia, en países determinados

Región y país	Año de la encuesta	Grado más alto de educación			Residencia		Diferencia en TGF		
		Sin estudios	Primaria	Secundaria+	Urbana	Rural	Primaria menos Sin estudios	Secundaria+ menos Sin estudios	Urbana menos Rural
África									
Egipto	1992	6,0	5,4	4,5	4,5	6,2	-0,6	-1,5	-1,6
	1995	5,4	4,8	4,4	4,4	5,4	-0,7	-1,0	-1,0
Ghana	1988	6,9	6,1	3,5	5,2	6,9	-0,8	-3,4	-1,7
	1993	3,5	3,1	1,7	2,3	3,6	-0,4	-1,8	-1,4
	1998	5,8	4,9	3,6	3,0	5,4	-0,9	-2,3	-2,4
Kenya	1989	7,3	7,1	5,0	4,8	7,1	-0,2	-2,2	-2,3
	1993	6,1	5,9	4,1	3,4	6,0	-0,2	-2,0	-2,6
	1998	5,5	5,1	3,5	3,1	5,2	-0,4	-2,0	-2,2
Marruecos	1987	6,7	5,2	4,5	5,0	7,4	-1,5	-2,2	-2,4
	1992	5,1	2,6	2,0	2,8	5,7	-2,5	-3,1	-2,9
Sudán	1990	7,1	6,7	5,6	6,2	7,2	-0,4	-1,5	-1,0
Túnez	1988	7,3	5,7	4,5	5,3	7,9	-1,7	-2,9	-2,5
Asia									
Bangladesh	1993-1994	4,6	4,3	3,3	3,6	4,4	-0,3	-1,2	-0,8
	1996-1997	4,3	3,8	2,9	2,9	4,1	-0,6	-1,4	-1,2
Filipinas	1993	5,2	5,5	3,5	3,5	4,9	0,3	-1,7	-1,4
	1998	5,2	5,1	3,3	3,1	4,7	-0,1	-1,9	-1,7
India	1993	3,6	2,9	2,6	2,9	3,4	-0,7	-1,0	-0,5
	1993	4,4	3,5	3,1	3,5	4,2	-0,9	-1,3	-0,7
	1999	3,5	2,6	2,0	2,3	3,1	-0,9	-1,5	-0,8
Indonesia	1987	4,3	4,3	4,0	4,2	4,3	0,0	-0,3	-0,1
	1991	3,9	3,9	3,7	3,8	3,9	0,0	-0,2	-0,1
	1994	3,7	3,8	3,8	3,5	3,8	0,1	0,1	-0,3
	1997	3,5	3,6	3,7	3,6	3,7	0,1	0,3	-0,1
Kirguistán	1997	..	4,3	3,5	2,5	4,0	..	..	-1,6
Nepal	1996	5,5	4,4	3,5	3,7	5,4	-1,0	-2,0	-1,7
Turquía	1993	5,1	3,2	2,8	3,3	4,1	-1,9	-2,3	-0,8
	1998	4,2	2,7	1,8	2,4	3,1	-1,5	-2,3	-0,7
Uzbekistán	1996	1,4	..	3,6	2,9	4,1	..	2,2	-1,1
América Latina y el Caribe									
Bolivia	1989	6,3	6,0	3,3	4,0	6,6	-0,3	-3,0	-2,6
	1998	7,1	5,8	3,0	3,4	6,7	-1,3	-4,1	-3,3
Brasil	1986	6,7	3,9	2,2	3,2	5,4	-2,8	-4,5	-2,2
	1996	4,8	3,4	2,1	2,3	3,6	-1,5	-2,7	-1,3
Colombia	1986	5,4	4,2	2,4	2,8	5,0	-1,2	-3,0	-2,2
	1990	5,0	3,6	2,2	2,5	3,9	-1,4	-2,8	-1,4
	1995	5,2	3,9	2,4	2,5	4,4	-1,3	-2,8	-1,9
	2000	4,1	3,6	2,2	2,3	3,8	-0,5	-1,9	-1,4
Ecuador	1987	6,5	5,3	2,9	3,5	5,6	-1,2	-3,6	-2,0
Guatemala	1987	7,1	5,2	2,7	4,1	6,6	-1,9	-4,4	-2,5
	1995	7,1	5,1	2,7	3,9	6,2	-1,9	-4,3	-2,3
	1998-1999	7,1	5,2	3,0	4,2	6,0	-1,9	-4,1	-1,8
Haití	1994-1995	6,3	5,0	2,7	3,5	6,1	-1,3	-3,7	-2,6
Nicaragua	1997-1998	6,1	4,6	2,5	3,1	5,4	-1,5	-3,6	-2,3
Paraguay	1990	6,8	5,6	3,3	3,7	6,3	-1,3	-3,5	-2,6
Perú	1986	7,5	5,4	2,9	3,3	6,9	-2,0	-4,6	-3,6
	1992	7,3	5,4	2,7	3,0	6,5	-1,9	-4,6	-3,6
	1996	6,9	5,2	2,8	3,0	5,8	-1,7	-4,1	-2,8
	2000	5,5	4,4	2,3	2,4	4,7	-1,2	-3,2	-2,3
República Dominicana	1986	5,6	4,5	2,7	3,2	5,1	-1,1	-2,9	-1,9
	1991	5,3	3,8	2,7	2,8	4,4	-1,6	-2,6	-1,6
	1996	5,0	3,8	2,6	2,8	4,1	-1,2	-2,4	-1,3

Fuente: Encuestas demográficas y de salud.

Gráfico 6
África: tendencias en las tasas globales de fecundidad por educación y residencia

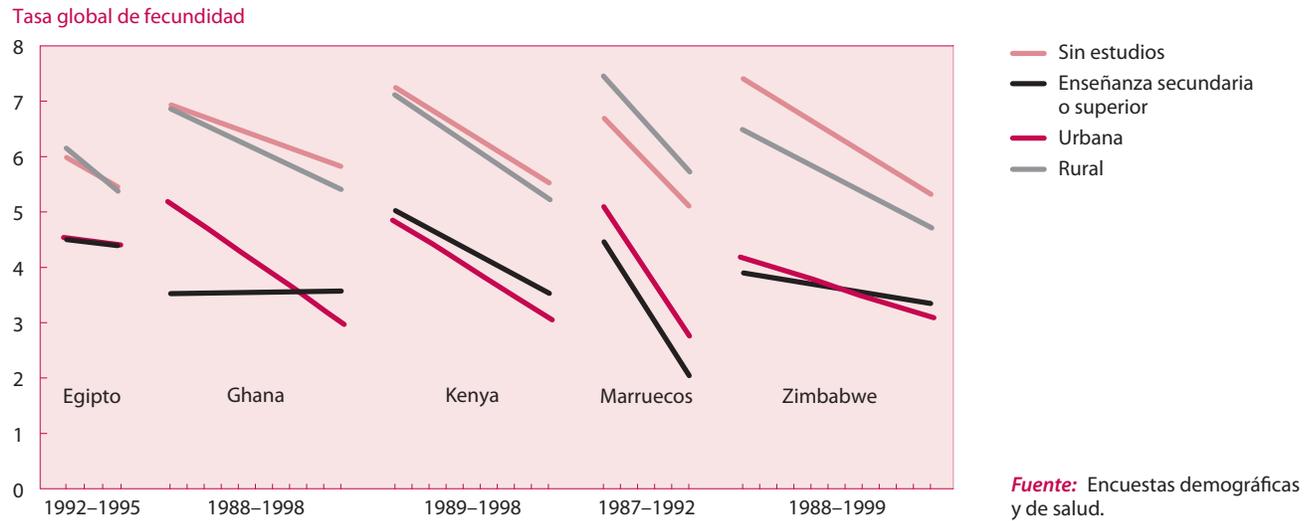


Gráfico 7
Asia: tendencias en las tasas globales de fecundidad por educación y residencia

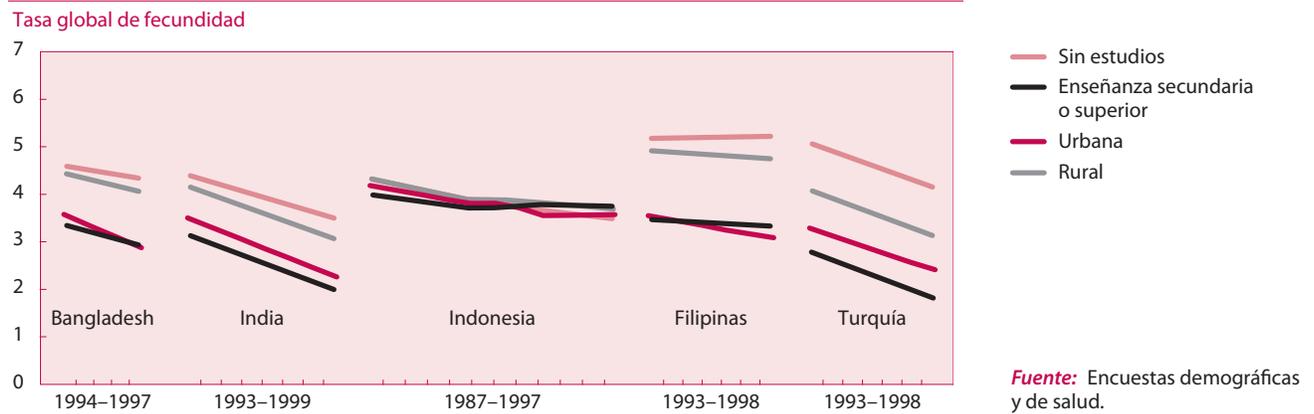
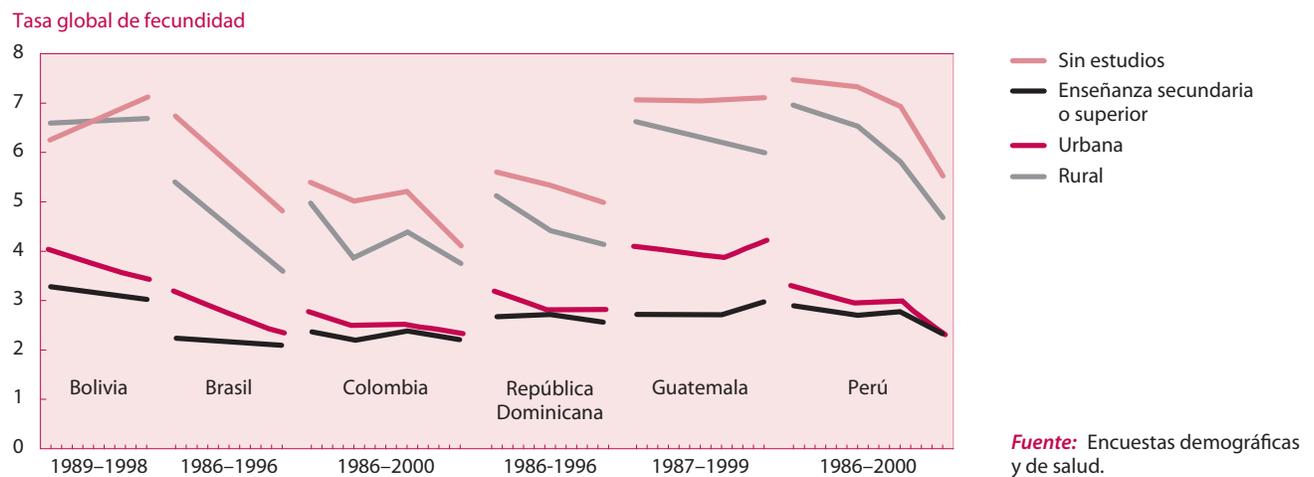


Gráfico 8
América Latina y el Caribe: tendencias en las tasas globales de fecundidad por educación y residencia



rica Latina y el Caribe), la diferencia entre la TGF de las mujeres con estudios secundarios o superiores y la de las que no tienen ningún estudio se redujo con el tiempo. A lo largo de un período de 10 a 15 años, esos nueve países, salvo Guatemala, fueron testigos de un descenso considerable de la fecundidad de las mujeres sin estudios, descensos que iban del 6% al año en la República Dominicana, al 19% al año en el Brasil y Kenya. En cinco países (Marruecos, en África; Bangladesh, Filipinas e India, en Asia, y Bolivia, en América Latina y el Caribe) la diferencia se amplió. En esos países, el descenso de la fecundidad entre las mujeres con estudios secundarios o superiores era mayor que el registrado entre las mujeres sin ninguna instrucción. El descenso de la fecundidad entre las mujeres que habían cursado, al menos, estudios secundarios, oscilaba entre el 48% al año en Marruecos el 2,9% y el 2,6% en Bolivia y Filipinas, respectivamente. Cabe señalar, sin embargo, que en Marruecos, la mayoría de las mujeres (63,4%) no tiene ninguna instrucción y sólo el 19,8% ha cursado estudios secundarios o superiores. En cambio, en Bolivia y Filipinas, la mayoría de las mujeres había sido escolarizada, al menos, hasta la enseñanza secundaria. En los dos grandes países Bangladesh y la India, la TGF descendió un 13,6% y un 18,9%, respectivamente, entre las mujeres con estudios secundarios o superiores, mientras que entre las que no tenían ningún estudio, que constituyen más de la mitad de las mujeres encuestadas, el descenso fue sólo del 8,3% al año.

El análisis de los datos presentados *supra* señala dos tendencias. Una es que en casi todos los países la composición por educación de la mujer ha registrado un cambio favorable hacia una población femenina más instruida que, invariablemente, tiene una fecundidad más baja. La segunda es que la fecundidad ha descendido en todas las categorías de educación y en muchos países el descenso ha sido más rápido entre las mujeres sin estudios. Ambas tendencias contribuyen al descenso general de la fecundidad y, juntas, dan cuenta del rápido descenso de las tasas globales de fecundidad. Para determinar la contribución relativa al descenso general de la fecundidad de cada cambio o cambios de composición en las categorías de educación, se suele recurrir al análisis de descomposición. Aunque este análisis no se ha llevado a cabo en el presente documento, las pruebas de un estudio anterior indican que entre el 66% y el 82% del cambio de la fecundidad general, podría atribuirse a cambios de la fecundidad en los grupos de diferente grado de la educación (Naciones Unidas, 1995). En el documento sobre educación de Cleland se llega a conclusiones similares.

Tipo de lugar de residencia

En la medida en que la transición de la fecundidad se considera a veces como un proceso de difusión que comienza en las zonas urbanas y se propaga a las rurales, los cambios y las diferencias de composición pueden dar por resultado diferencias de calendario y ritmo del descenso de la fecundidad en sociedades o países. De hecho, la fecundidad urbana ha demostrado ser sistemáticamente más baja que la fecundidad rural (Naciones Unidas, 1987).

Las estimaciones de las Naciones Unidas muestran un incremento rápido de la población urbana mundial; el proceso de urbanización está muy avanzado en las regiones desarrolladas, mientras que en las regiones en desarrollo se estima que el 40% de la población vive en zonas urbanas (Naciones Unidas, 2001). En las regiones en desarrollo existe una gran diversidad. América Latina y el Caribe, en conjunto, está muy urbanizada, con un 75% de la población concentrada en las ciudades en 2000. Asia y África están considerablemente menos urbanizadas un 37% y un 38%, respectivamente, de su población vive en zonas urbanas. El proceso de urbanización se espera que continúe en todas las regiones del mundo. Dadas las grandes diferencias de fecundidad global según el lugar de residencia, estos acontecimientos tendrán un efecto en las tendencias de la fecundidad.

Los datos derivados de 19 encuestas demográficas y de salud muestran que, salvo en Egipto, la proporción de mujeres que vive en zonas urbanas ha aumentado en todos los países (cuadro 10). El aumento más rápido de mujeres residentes en zonas urbanas se registró en Bolivia, Jordania y Marruecos, mientras que el aumento más pequeño se observó en Bangladesh, Ghana, Indonesia, el Perú y la República Dominicana. En sólo

cinco de los 20 países (Bangladesh, India, Indonesia, Kenya y Nepal) la proporción de mujeres que reside en zonas urbanas es de menos del 30%.

Los últimos datos de que se dispone indican que las tasas globales de fecundidad de las mujeres urbanas son al menos un hijo más bajas que las de las mujeres rurales (cuadro 11). La excepción es Indonesia donde, prácticamente, no existen diferencias en el número promedio de alumbramientos por mujer entre las de zonas urbanas y las de zonas rurales. Las tendencias de descenso de la fecundidad por residencia rural o urbana muestran que, comparado con las mujeres de las zonas rurales, se produjeron descensos de la fecundidad más rápidos entre mujeres urbanas en Bangladesh, Bolivia, Ghana, Marruecos y Filipinas (cuadro 12 y gráficos 6, 7 y 8). En cambio, la fecundidad descendió con más rapidez entre las mujeres rurales que entre las urbanas en Egipto, Indonesia, Kenya, Turquía y en todos los países de América Latina y el Caribe, excepto Bolivia, pero incluida Guatemala, único país donde la fecundidad aumentó entre las mujeres urbanas.

En África, las diferencias entre la fecundidad urbana y la rural han aumentado con el tiempo en Ghana y Marruecos, se han reducido en Egipto y se han mantenido inalteradas en Kenya (gráfico 6). En Asia, el descenso más rápido de la fecundidad urbana en Bangladesh y Filipinas ha ensanchado la brecha entre la fecundidad urbana y la rural, mientras que el descenso más rápido de la fecundidad entre las mujeres rurales en Turquía, la ha reducido (gráfico 7). En América Latina y el Caribe, las diferencias entre la fecundidad urbana y la rural se han reducido en todos los países para los que se dispone de datos de tendencias, excepto en Bolivia, donde aumentó en más de un hijo por mujer de, aproximadamente, mediados del decenio de 1980 a mediados del de 1990, como resultado del descenso de la fecundidad urbana y la falta de cambio en la fecundidad rural (cuadro 8). La reducción de las diferencias entre la fecundidad urbana y la rural en América Latina y el Caribe se puede atribuir al hecho de que la fecundidad descendió con más rapidez en las zonas rurales que en las urbanas. No obstante, algunas de las diferencias más pronunciadas entre la fecundidad urbana y la rural —al menos, de 2 hijos por

Cuadro 12
Porcentaje anual de descenso de las tasas globales de fecundidad por grado de educación y lugar de residencia, en determinados países

Región y país	Período de la encuesta		Grado más alto de educación			Residencia		Todas las mujeres de 15 a 49 años
	Temprano	Tardío	Sin estudios	Primaria	Secundaria/superior	Urbana	Rural	
África								
Egipto	1992	1995	-18,0	-19,8	-3,5	-4,6	-25,9	-16,3
Ghana	1988	1998	-11,1	-11,7	0,4	-22,0	-14,5	-17,4
Kenya	1989	1998	-19,2	-21,4	-16,6	-19,8	-20,9	-22,3
Marruecos	1987	1992	-31,7	-51,9	-48,4	-45,1	-34,2	-42,7
Asia								
Bangladesh	1994	1997	-8,3	-17,9	-13,6	-23,5	-12,3	-13,6
India	1993	1999	-14,9	-15,5	-18,9	-20,5	-18,0	-18,8
Indonesia	1987	1997	-8,3	-7,2	-2,4	-6,1	-6,2	-6,1
Filipinas	1993	1998	0,9	-7,0	-2,6	-9,4	-3,1	-6,7
Turquía	1993	1998	-18,1	-10,5	-19,2	-17,5	-18,7	-18,4
América Latina y el Caribe								
Bolivia	1989	1998	9,4	-2,1	-2,9	-6,7	1,1	-7,6
Brasil	1986	1996	-19,0	-5,5	-1,4	-8,3	-17,9	-11,4
Colombia	1986	2000	-9,0	-4,1	-1,1	-3,1	-8,6	-5,2
República Dominicana	1986	1996	-6,2	-6,8	-1,1	-3,7	-9,7	-5,9
Guatemala	1995	1999	1,2	1,8	6,7	8,4	-5,0	-0,1
Perú	1986	2000	-13,8	-7,6	-4,1	-6,8	-16,2	-10,3

Fuente: Encuestas demográficas y de salud.

mujer—, todavía persisten en Bolivia, Guatemala, Haití, Nicaragua y el Perú, pese a la mayor proporción de población urbana de la región en comparación con otras regiones en desarrollo.

Los datos que acabamos de presentar indican que, en la mayoría de los países, la fecundidad ha descendido tanto entre las mujeres urbanas como entre las rurales. En algunos, el descenso más rápido ocurrió entre las mujeres urbanas, mientras que en otros, la fecundidad descendió con más rapidez entre las mujeres rurales, incluso en medio de una urbanización más intensa. Estos hechos revelan la presencia de otros factores, además de la urbanización, que contribuyeron al ritmo del descenso de la fecundidad en los estratos residenciales, factores tales como el uso de anticonceptivos. En países como Egipto, Indonesia y Kenya, con una proporción baja de mujeres urbanas, pero donde el uso de anticonceptivos en las zonas rurales es alto (el 36% en Kenya y más del 50% en Egipto e Indonesia), la fecundidad descendió con más celeridad en las zonas rurales. Lo mismo ocurrió en países de América Latina y el Caribe, que tienen una gran proporción de población urbana y un uso muy extendido de anticonceptivos en las zonas rurales (más del 30% en todos los países). El efecto del cambio por composición parece haber disminuido, como se demostró en un estudio de seis países de América Latina y el Caribe, donde sólo el 15% del descenso de la productividad de los matrimonios era imputable a diferencias de composición (Rodríguez, 1996).

CONCLUSIONES

El presente documento se concentra en 74 países con fecundidad intermedia en el período de 1995 a 2000. Durante los tres últimos decenios, la fecundidad ha ido descendiendo en todos ellos, a un ritmo que varía según su nivel. En general, el ritmo de descenso fue más rápido en los países situados en el extremo superior de la escala de la fecundidad que en los que se encontraban en el extremo inferior. De hecho, en varios países, el descenso de la fecundidad parece haber perdido ímpetu. La mayor parte de los países tiene tasas de fecundidad de menos de 3 hijos por mujer, pero en otros, como Bangladesh, Egipto y la India, todos ellos países muy extensos, la tasa global de fecundidad oscila entre 3 y 3,5 hijos por mujer, y el descenso en fechas recientes ha sido lento o nulo. Las pautas de cambio de las tasas de fecundidad por edad indican que las mujeres de más edad fueron las que más contribuyeron al descenso de la fecundidad. Ahora bien, en los países de África del Norte y Asia occidental, la postergación del matrimonio parece haber sido el factor principal del descenso de la fecundidad.

Aunque los factores que influyen en los resultados de la fecundidad y en su ritmo de descenso son múltiples, el presente documento estudia unos pocos: la edad al contraer matrimonio, el uso de anticonceptivos, la educación y la urbanización. Existen pruebas contundentes de que la edad al contraer matrimonio está aumentando en todos los países, pero el efecto de la postergación del matrimonio en la fecundidad global es más obvio en las regiones de África del Norte y Asia occidental. El uso de anticonceptivos ha ido aumentando y ha alcanzado una proporción entre media y alta en la gran mayoría de los países, donde al menos el 50% de las mujeres en edad de procrear, que están casadas o viven en pareja, usan anticonceptivos. Los países que han alcanzado una alta proporción de uso de anticonceptivos durante el último decenio son también los mismos en los que se registraron los descensos de fecundidad más rápidos en el período de 1970 a 2000. Pese a este uso elevado de anticonceptivos, la mayoría de los países todavía tiene una gran necesidad de planificación de la familia por satisfacer, lo que indica la posibilidad de nuevos descensos si esta necesidad fuera atendida.

En los últimos decenios, muchos países se han ido urbanizando cada vez más y han conseguido mejoras considerables en lo que respecta a la educación de la mujer. Estos dos acontecimientos propician y sostienen tendencias hacia la fecundidad baja. Las mujeres más instruidas tienden a posponer el matrimonio para continuar sus estudios y adquirir experiencia profesional y, por tanto, a posponen la procreación. También son más pro-

piensas a usar métodos anticonceptivos modernos, y suelen ser las primeras en hacerlo. Así pues, las tasas de fecundidad entre las mujeres con más estudios suelen ser más bajas que las de sus congéneres sin estudios. En la medida en que la mayor parte de los programas de planificación de la familia llega con más facilidad a las mujeres urbanas, la fecundidad de estas mujeres tiende a ser más baja que la de las mujeres rurales. En los países considerados en el presente documento, tanto el grado de instrucción como la residencia están estrechamente relacionados con la fecundidad. Las mujeres con más estudios tienen menos hijos que las que no han cursado estudios y la fecundidad suele ser más baja entre las mujeres urbanas que entre las mujeres rurales. De ese modo, la continua urbanización y el aumento del grado de instrucción se bastarían por sí solos para asegurar la continuación del descenso de la fecundidad a niveles moderadamente bajos. El análisis también sugiere que los descensos de la fecundidad facilitados por cambios de composición se reforzaron por el descenso de la fecundidad en todos los grupos de educación y residencia, incluidas las mujeres sin estudios y las mujeres rurales, al propagarse el comportamiento innovador de las mujeres instruidas y urbanas. En muchos países, las tasas globales de fecundidad entre las mujeres sin estudios descendió a un ritmo más rápido que entre las que habían cursado estudios secundarios o superiores.

Las conclusiones del presente estudio sugieren que en los países que han iniciado la transición demográfica y tienen actualmente una fecundidad intermedia es probable que la fecundidad siga descendiendo y dé fin a la transición, aunque a un ritmo más lento a medida que se acerque al nivel de reemplazo. Esto depende del supuesto de que los factores que afectan los niveles de fecundidad continúen las tendencias documentadas *supra*, es decir, un creciente aumento del uso de métodos anticonceptivos, nuevos adelantos en la educación de la mujer y continuo cambio hacia el matrimonio más tardío entre las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Naciones Unidas (1987). *Fertility Behaviour in the Context of Development. Evidence from the World Fertility Survey*. Population Studies, No. 100. Nueva York. ST/ESA/SER.A/100.
- Naciones Unidas (1995). *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent evidence from the Demographic and Health Surveys*. No. de venta E.95.XIII.23.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables*. Nueva York. No. de venta E.01.XIII.8
- Naciones Unidas (2001). *World Urbanization Prospects. The 1999 Revision*. Nueva York. No. de venta E.01.XIII.11.
- Rodríguez, G. (1996). The spacing and limiting components of the fertility transition in Latin America. En José M. Guzmán y otros, comps. *The Fertility Transition in Latin America*. Oxford: Clarendon Press.

Las estructuras familiares y la evolución de la fecundidad en los países con fecundidad intermedia de África occidental

*Thérèse Locoh**

El África subsahariana ha entrado en la segunda fase de la transición demográfica, la de un descenso progresivo de la fecundidad. El descenso de la mortalidad se remonta al comienzo de los años 30 y ha experimentado una cierta aceleración a partir de mediados del siglo. Pero no ha sido sino hasta la segunda mitad del decenio de 1980 cuando la reducción de la fecundidad, a su vez, ha sido evidente en algunos países del África subsahariana. El descenso se observó inicialmente en tres países objeto del programa de encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS): Botswana, Kenya y Zimbabwe. Estos primeros descensos se debían esencialmente al cambio de comportamiento de la minoría de las mujeres que vivían en las ciudades y habían tenido varios años de escolarización. Pero, progresivamente, han ido afectando a un número mayor de países y han comenzado a llegar al medio rural de algunos de ellos. Según el análisis de Joseph y Garenne (2001), basado en encuestas mundiales de fecundidad (EMF) y de encuestas demográficas y de salud, en la mayor parte de los países del África subsahariana se están registrando, en diversos grados, descensos de la fecundidad.

* Institut national d'études démographiques (INED), París, Francia.

LA FECUNDIDAD DISMINUYE EN LA MAYOR PARTE DE LOS PAÍSES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA, PERO CON MÁS LENTITUD EN ÁFRICA OCCIDENTAL

Cada nueva encuesta viene a confirmar que el África subsahariana entra en una nueva fase de transición demográfica, pero en una serie de países todavía no se observan más que los primeros indicios de este cambio. En el cuadro 1 se presenta un resumen de las evoluciones observadas en todos los países para los que se dispone de dos o más observaciones gracias a las encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS). En todos ellos se perfila una tendencia general a una reducción de la fecundidad, aunque con distinto grado según el país. Apenas es perceptible en los países del Sahel, es muy clara en África meridional, desigual según los países de África oriental y África occidental. En el interior de un país, todos los resultados indican que el descenso de la fecundidad está sujeto a grandes variaciones según el ámbito de residencia y el grado de instrucción de la mujer.

Entre los 17 países para los que se dispone de datos razonablemente comparables a datos sucesivos, sólo tres, Ghana, Kenya y Zimbabwe, habrían franqueado el umbral de un índice sintético de fecundidad (ISF) inferior a 5, lo que les hace entrar en la categoría de países con fecundidad intermedia. Pero a estos países, cuya evolución se puede seguir, se puede añadir aquellos para los que se dispone solamente de una ob-

Cuadro 1
Evolución del índice sintético de fecundidad (ISF)^a en los países del África subsahariana
en los que se han realizado al menos dos encuestas

País	EMF (1977-1982)		EDS (1986-1989)		EDS (1990-1994)		EDS (1995-1999)	
	Año	ISF	Año	ISF	Año	ISF	Año	ISF
África occidental y central								
Ghana	1979-1980	6,5	1988	6,4	1993	5,5	1998	4,5
Camerún	1978	6,3	—	—	1991	5,8	1998	5,2
Nigeria	1981-1982	5,9	—	—	1990	6,0	1999	5,2
Côte d'Ivoire	1980-1981	7,4	—	—	1994	5,7	1998	5,2
Togo	—	—	1988	6,4	—	—	1998	5,4
Guinea	—	—	—	—	1992	5,7	1999	5,5
Senegal	1978	7,1	1986	6,6	1992-1993	6,0	1997	5,7
Benín	1981-1982	7,1	—	—	—	—	1996	6,3
Malí	—	—	1987	6,9	—	—	1995-1996	6,7
Burkina Faso	—	—	—	—	1993	6,9	1998/1999	6,8
Níger	—	—	—	—	1992	7,4	1998	7,5
África oriental y meridional								
Zimbabwe	—	—	1988-1989	5,3	1994	4,3	—	—
Kenya	1977-1978	7,9	1989	6,7	1993	5,4	1998	4,7
República Unida de Tanzania	—	—	—	—	1991-1992	6,5	1996	5,8
Zambia	—	—	—	—	1992	6,5	1996	6,1
Rwanda	1983	8,5	—	—	1992	6,2	—	—
Uganda	—	—	1988-1989	7,4	—	—	1995	6,9

Fuente: Encuestas mundiales de fecundidad (EMF-WFS) y encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

^a El cálculo del ISF se hace para el período de 1 a 59 meses antes de la encuesta.

servación reciente que los sitúa en la categoría de países con fecundidad intermedia. Se trata de Sudáfrica (3,1 hijos por mujer en 1995-1998), Botswana (4,9 hijos por mujer en 1988), las Comoras (4,6 en 1996) y el Gabón (4,5 en 2000). No obstante, es preciso tomar estas cifras con cautela, ya que casi todos los índices sintéticos de fecundidad en el África subsahariana se obtienen a través de las encuestas (EDS-DHS), que entrañan un cierto margen de error aleatorio. El procedimiento de cálculo (tomando como base los 3 o los 5 últimos años de observaciones antes de la encuesta) hace también variar el nivel del ISF y, por ende, la lista de países con fecundidad intermedia. En esta presentación nos hemos servido de los índices sintéticos de fecundidad calculados sobre la base de los últimos 5 años antes de la encuesta.

En África occidental, la diversidad de las situaciones es muy pronunciada entre Ghana, donde a partir de 1988 se ha registrado un descenso suficientemente sensible para hacerle entrar en la categoría de países con fecundidad intermedia (de 6,4 hijos por mujer en 1988 a 4,5 en 1998), y los países del Sahel: Malí, Níger, Burkina Faso, donde, con excepción de la franja urbana, la fecundidad está en término medio estacionaria. Pero, además de Ghana, al menos tres países de la costa del golfo de Guinea: Camerún (que forma parte de África central, en sentido estricto), Côte d'Ivoire y Nigeria tienen desde su última encuesta demográfica y de salud (1998 en el caso de los dos primeros y 1999 en el del tercero) un índice sintético de fecundidad de 5,2 hijos por mujer, lo que atestigua un descenso de alrededor de un hijo por mujer en los últimos 20 años en el Camerún y Nigeria y de casi 2 hijos en Côte d'Ivoire. Un quinto país, el Togo, no está muy lejos de este grupo, con un ISF de 5,4 hijos por mujer y un descenso de un hijo, en promedio, durante el decenio de 1988 a 1998. Es a estos países a los que nos referiremos principalmente en esta presentación.

CÓMO ANALIZAR LA INFLUENCIA DE LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES EN LA FECUNDIDAD

En esta región, la fecundidad de hombres y mujeres ha sido siempre muy valorada por normas sociales que se expresan en arreglos familiares concretos: preferencia por las familias numerosas, crianza de la prole por el conjunto de los miembros adultos de un mismo linaje (la práctica de confiar a los hijos), el matrimonio precoz de la mujer y la poligamia (Lesthaeghe, 1989). La crisis económica recurrente que afecta a estos países y los efectos benéficos de los cambios sociales que, pese a todo, se han producido después de la independencia, están indudablemente transformando profundamente los modos de vida familiares y, en consecuencia, los comportamientos con respecto a la fecundidad.

La relación entre estructuras familiares africanas y fecundidad adopta múltiples formas. Se manifestará bajo distintas modalidades en cada sociedad. Un mismo resultado, el descenso de la fecundidad, se puede producir según combinaciones distintas de factores, en particular en lo que se refiere a experiencias familiares. Las variables de mediación de la fecundidad: nupcialidad, anticoncepción, espaciamiento de los nacimientos y aborto (Bongaarts, 1978) dependen de normas y valores familiares preferidos por cada sociedad. No existe una correlación automática entre variables que definan las estructuras familiares y la fecundidad; esa relación puede ser fuerte en un contexto e insignificante en otro. Pero se pueden señalar cinco sectores en los que se expresa especialmente su sinergia (Locoh, 1995).

a) El matrimonio y los controles que se ejercen sobre los individuos al concluir las uniones: la edad y las condiciones de acceso a una pareja (compensación matrimonial, prestaciones en tiempo de trabajo, etc.), la elección de pareja aceptable, la ruptura definitiva, las nuevas nupcias y sus normas.

b) Las reglas de residencia: condicionan cotidianamente los controles de los mayores sobre los más jóvenes, las solidaridades consentidas u obligadas, la autonomía de los jóvenes, en particular de las parejas jóvenes en relación con las de más edad, y definen también la cohabitación entre los esposos.

c) La definición de las responsabilidades de la gestión de la procreación: se trata de solidaridades dentro del mismo linaje en relación con los hijos (por ejemplo, la práctica de confiar los niños a otros), las responsabilidades respectivas de padres y madres en la crianza de sus hijos y, por último, las solidaridades intergeneracionales que definen los costos y las ventajas de la descendencia.

d) Las condiciones de acceso a la autonomía de los individuos en relación con su familia: estas condiciones afectan en particular a las mujeres que, en las sociedades patriarcales, no podían sustraerse al poder de los mayores y de su marido; es preciso examinar bajo este rubro los derechos y deberes de cada cual con respecto a los miembros de la familia de origen y la de afinidad.

e) La transmisión de los valores: influye, a través de la educación familiar, en las opiniones, actitudes y comportamiento de los miembros de un grupo familiar y, por ende, en su fecundidad.

Aquí sólo nos ocuparemos de algunos de estos aspectos, los que las estadísticas disponibles permiten abordar: las modalidades de la unión, los arreglos residenciales, el reparto de responsabilidades en la gestión de la procreación y los procesos por los que los individuos obtienen su autonomía.

Todavía son pocos los países de África occidental cuya fecundidad se pueda calificar de intermedia y todavía no ha disminuido bastante para apreciar los factores de su evolución. Más aún que los niveles en un momento dado, son las tendencias al cambio de los comportamientos que pueden conducir al descenso de la fecundidad lo que nos parece importante observar. Por tanto, sólo hemos considerado los países en los que se habían realizado al menos dos observaciones en el curso de los 15 últimos años y, para

verificar la correlación de los cambios familiares con el descenso de la fecundidad, utilizaremos la comparación de los países con fecundidad inferior a 5,5 (ISF) y los que, en la misma región, tienen una fecundidad más alta.

LAS MODALIDADES DE LA UNIÓN

Al hablar de posibles evoluciones en África, se suele evocar el ejemplo del rápido descenso de la fecundidad en África del Norte. El control de la fecundidad se ha iniciado en esa región por un retraso en la edad al contraer matrimonio junto con un estricto control social del acceso a la sexualidad, que refuerza su eficacia. A este control mediante el establecimiento de una unión se ha venido a añadir, en fechas diferentes según los países del Maghreb, pero muy pronto en Túnez, el control de la fecundidad legítima por la adopción de programas de planificación de la familia, que han puesto la anticoncepción al alcance de las parejas. Las bajas tasas de ruptura de las uniones han sido asimismo un factor de refuerzo de los proyectos familiares concertados durante su vigencia (Ben Salem y Locoh, 2001).

En África occidental, todo indica que el control de la fecundidad adopta otras formas. Ni el control del acceso a la vida sexual y matrimonial, ni el acceso a la anticoncepción son, de momento, los principales factores que influyen en la evolución de la fecundidad. Un primer retraso del establecimiento de la unión, sobre todo en el caso de la mujer, es ya evidente y refleja una disminución de la influencia de la familia en las decisiones matrimoniales. Otros indicios —el ligero descenso de la poligamia, el aumento de las uniones informales y de la ruptura de las uniones— anuncian la puesta en tela de juicio de los regímenes matrimoniales en África occidental, que hasta ahora habían propiciado una alta fecundidad.

El retraso de la primera unión

La observación de 40 años de estadísticas africanas (Hertrich, 2001; cuadro 2) ha revelado recientemente un comienzo de retraso de la primera unión, sobre todo en el caso de la mujer, en todas partes de África. En un mismo período de alrededor de 20 años, la edad

Cuadro 2
Evolución de la nupcialidad en los países de África del Norte y del África subsahariana (ISF < 5,5)

País	Evolución de los indicadores de nupcialidad					
	Años de observación	Edad media de las mujeres al establecer la primera unión		Diferencia de edad de hombres y mujeres al establecer la primera unión		ISF hacia 1998
		1976-1982	1994-1999	1976-1982	1994-1999	
África del Norte						
Túnez	1978 y 1995	23,4	25,6	4,3	4,3	2,1 (1999)
Argelia	1977 y 1998	19,4	25,4	5,5	4,6	2,8 (2000) ^a
Marruecos	1979 y 1997	20,9	28,0	4,7	2,0	3,0 (2000) ^a
África meridional y oriental						
Sudáfrica	1980 y 1996	25,2	28,2	2,1	2,5	3,1 (1995)
Botswana	1981 y 1991	26,8	28,2	4,3	2,7	4,0 (2000) ^a
Zimbabwe	1982 y 1994	19,9	20,4	5,0	5,0	4,3 (1999)
Kenya	1979 y 1998	19,8	20,9	5,5	4,8	4,7 (1998)
África occidental y central, ISF < 5,5						
Ghana	1979 y 1998	19,2	20,6	6,9	5,7	4,5 (1998)
Camerún	1978 y 1998	17,3	19,4	8,8	6,8	5,2 (1998)
Nigeria	1981-1982 y 1999	18,6	19,6	?	7,6	5,2 (1999)
Côte d'Ivoire	1979 y 1994	17,3	20,2	9,3	7,4	5,2 (1998)
Togo	1981 y 1998	18,4	21,0	7,1	5,3	5,4 (1998)

Fuente: Hertrich, 2001 y encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

^a Estimaciones de las Naciones Unidas.

media al formar la primera unión ha pasado en Kenya de 19,8 años en 1979 a 20,9 en 1998; en Zimbabwe, de 19,5 años en 1982 a 20,6 años en 1994. En los países de África meridional se está registrando una evolución mucho más espectacular, que recuerda la que se observa en el Maghreb. La edad media al formar la primera unión en Sudáfrica ha pasado de 25,2 años en 1980 a 28,2 en 1996 y en Botswana, de 26,1 en 1981 a 28,2 en 1996. Era, respectivamente, de 31,6 años en 1986 en Swazilandia y de 26,8 en 1992 en Namibia. En esos países, el matrimonio ya no es la norma y las migraciones perturban profundamente la formación de las uniones. Si se comparan los países de alta fecundidad y los que tienen una fecundidad intermedia, se constata que en estos últimos se ha producido en general un retroceso más rápido de la edad media de la mujer al contraer el primer matrimonio.

África occidental sigue siendo una región de matrimonio y maternidad precoces. Según las últimas encuestas, la proporción de mujeres jóvenes que se casa antes de cumplir 18 años varía del 30% en el Togo al 77% en el Níger. La proporción de las que tienen un hijo antes de los 18 años oscila entre el 23% en el Togo y el 50% en Guinea. Es en los países con fecundidad intermedia: Camerún, Togo y Nigeria, donde la proporción de la maternidad precoz ha disminuido más en el curso del último período de 10 años (cuadro 3). Ghana alcanzó en 1998 la proporción más baja (20%) de la subregión. La edad media de las mujeres al establecer la primera unión comienza también a aumentar, por ejemplo, en Ghana, de 19,2 años en 1979 a 20,6 en 1998; en el Camerún, de 17,3 años en 1978 a 19,4 en 1998. Los países del Sahel están menos adelantados en este aspecto, con excepción del Senegal, cuya fecundidad comienza solamente a descender, pese a un importante retraso de la edad al establecer la primera unión (17 años en 1978 y 20,6 años en 1997, cuadro 2).

Disminución de la diferencia de edad entre los cónyuges y primeros indicios de la disminución de la poligamia

Este retraso por la mujer del establecimiento de la primera unión ha ido acompañado, en menor grado, de un retraso correspondiente por el hombre. Esto ha dado lugar, lógicamente, a una disminución de las diferencias de edad al establecer la unión (cuadro 2) que son, como es sabido, uno de los mecanismos esenciales del ejercicio de la poligamia. Al modificar el conjunto de mujeres casaderas, la disminución de la diferencia de edad al contraer matrimonio hará más difícil, a la larga, la práctica de la poligamia. Los primeros indicios de esta tendencia ya se están observando efectivamente en África occidental. Esta situación abre nuevas perspectivas en el terreno de las relaciones matrimoniales, incluso si esta reciente disminución deja todavía a los países de África occidental, en gran parte, a la

Cuadro 3
Proporción (%) de mujeres que están casadas o son madres antes de cumplir 18 años, mujeres de 20 a 24 años

País	Año de la encuesta	Casadas antes de cumplir 18 años		Madres antes de cumplir 18 años	
		Antes 1993	Después 1993	Antes 1993	Después 1993
África occidental y central, ISF < 5,5					
Ghana	1988 y 1998	41	35	23	20
Camerún	1991 y 1998	58	43	46	33
Nigeria	1990 y 1999	52	40	35	28
Togo	1988 y 1998	43	30	30	23
África occidental y central, ISF ≥ 5,5					
Guinea	1992 y 1999	67	64	49	50
Senegal	1992/1993 y 1997	48	36	34	26
Burkina Faso	1992/1993 y 1998/1999	62	62	31	33
Malí	1987 y 1995/1996	79	70	46	46
Níger	1992 y 1998	83	77	53	46

Fuente: Encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

cabeza de los países subsaharianos. Las encuestas demográficas y de salud muestran, para nueve países de África occidental, la evolución de la proporción de esposas en régimen de poligamia hacia 1990 y hacia 1998 (cuadro 4). Se perfila una correspondencia entre la disminución de la poligamia y descenso de la fecundidad: en los países donde el índice sintético de fecundidad se acerca a la definición de “fecundidad intermedia”, el descenso ha sido obvio (Ghana, Camerún, Nigeria, pero también Togo). Mientras tanto, todavía una de cada tres mujeres en Nigeria y dos de cada cinco en el Togo tienen un marido polígamo. En cambio, en tres países en los que la fecundidad no ha empezado a bajar se ha registrado un ligero aumento de la proporción de mujeres que vive en régimen de poligamia (Guinea, Burkina Faso y Níger).

Uniones más inestables, rupturas más frecuentes

Con la crisis de las economías africanas, las uniones consensuales, de condición precaria, son más numerosas que en el pasado, bien sea porque comprometen menos a las parejas, decididos tanto hombres como mujeres a mantener su autonomía, o porque las etapas de los procesos matrimoniales clásicos y, en particular, la compensación matrimonial, son demasiado costosas. Por su parte, la disolución de la unión por separación o divorcio va en aumento, tanto por razón de la crisis económica como por la creciente autonomía de las mujeres, ya que suelen ser ellas las que toman la iniciativa en las rupturas (Locoh, 1994). Las separaciones provocadas por las migraciones y la mayor fragilidad de las uniones “informales” son asimismo causa del mayor número de rupturas. Incluso las viudas son con menos frecuencia que antes acogidas por la familia del marido. El levirato no se practica más que en las sociedades rurales tradicionales. Los períodos en los que las mujeres permanecen sin pareja tienden, por tanto, a prolongarse, lo que, a fin de cuentas, no dejará de tener efecto en la fecundidad. La epidemia del SIDA también tiene su parte de responsabilidad en las separaciones. La viudedad es más frecuente y también son más frecuentes las separaciones cuando una persona se entera de que su pareja es seropositiva.

LOS ARREGLOS RESIDENCIALES

Con frecuencia, se menciona el tamaño más reducido de la familia como posible indicio de un cambio de los modelos familiares, una nuclearización, que sería favorable al descenso de la fecundidad. Hasta ahora no se ha observado un movimiento muy claro en este sentido. En África del Norte, Argelia es un ejemplo opuesto. El mantenimiento del

Cuadro 4
Mujeres en unión polígama, por cada 100 mujeres que viven en pareja,
África occidental, últimas dos observaciones

País	Fechas	Porcentaje de mujeres en unión polígama		
		Hacia 1990	Hacia 1998	ISF hacia 1998
ISF < 5,5				
Ghana	1988 y 1998	28	23	4,5
Camerún	1991 y 1998	38	33	5,2
Nigeria	1990 y 1999	41	36	5,2
Côte d'Ivoire	1994 y 1999	38	35	5,2
Togo	1988 y 1998	52	43	5,4
ISF ≥ 5,5				
Guinea	1992 y 1999	50	54	5,5
Senegal	1992 y 1997	48	46	5,7
Burkina Faso	1993 y 1999	51	55	6,8
Malí	1987 y 1998	45	44	6,7
Níger	1992 y 1998	36	38	7,5

Fuente: Encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

número medio de personas por hogar, debido a la aguda carestía de la vivienda, ha corrido parejo con el descenso de la fecundidad. De manera similar, en África occidental, a pesar, o a causa, de las dificultades económicas, sigue siendo bastante frecuente la cohabitación bajo el mismo techo de varias generaciones de una familia extensa. Este modo de asumir la responsabilidad intergeneracional propicia el mantenimiento del control de las parejas jóvenes por las personas de más edad y, a veces, da lugar a conflictos de opiniones y valores, en particular, en el terreno sumamente delicado de las decisiones sobre la fecundidad.

Otro tipo de familia muy común en los países de la costa occidental de África es el que tiene a su frente a una mujer. Refleja tanto casos de poligamia sin compartir residencia, como la autonomía de las mujeres, que se saben capaces de subvenir a sus necesidades. Los países de África occidental, en los que la fecundidad ha empezado a bajar son los mismos en los que es común que las mujeres sean cabeza de familia y en los que esta proporción aumenta entre dos observaciones del comienzo y el final del decenio de 1990 (salvo en el Togo). El número de mujeres cabeza de familia no baja del 35% en Ghana y del 28% en el Togo. Estas cifras son un indicador, al mismo tiempo, de la capacidad de autonomía de la mujer y de la situación, a menudo precaria, en que se encuentra cuando asume sus responsabilidades familiares (cuadro 5). Muchas mujeres pagan cara esta autonomía de residencia, pero también disfrutan de sus ventajas: autonomía financiera y psicológica en un mundo oficialmente todavía muy patriarcal. Es, sobre todo, en el medio urbano donde se encuentra el mayor número de mujeres cabeza de familia (a diferencia de la situación observada en África oriental, donde son más numerosas en el medio rural).

EL REPARTO DE LAS RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN DE LA PROCREACIÓN

Una gestión familiar de la descendencia

Hasta ahora, la crianza de los hijos no ha sido responsabilidad exclusiva de los padres biológicos. La familia, en el sentido más amplio: abuelos, tíos, tías y otros miembros del linaje, acostumbra a contribuir a ella mediante la práctica de confiar a los hijos. La acogida de los niños con los que se tienen lazos de parentesco siempre ha sido un medio de gestionar las crisis sanitarias y de proteger a los niños en caso de fallecimiento de los padres. Es lo que se está viendo ahora con la crisis del SIDA. Los abuelos, pero también tíos y tías, hermanos y hermanas mayores, están en primera línea de acogida de huérfanos. La circulación de niños entre distintas familias de parientes no se limita a los huérfanos. Es una práctica bastante generalizada, que contribuye a incorporar al niño en la familia extensa de su linaje, en vez de relegarle al cuidado de sus padres biológicos. Por ejemplo,

Cuadro 5
Proporción (%) de mujeres cabeza de familia, por lugar de residencia, hacia 1990 y hacia 1998

País	Fechas de la encuesta	Rural		Urbana	
		Hacia 1990	Hacia 1998	Hacia 1990	Hacia 1998
ISF < 5,5					
Ghana	1988 y 1998	30,7	35,4	38,3	34,9
Togo	1988 y 1998	24,8	22,1	28,9	29,9
Camerún	1991 y 1998	16,8	20,7	25,8	19,9
Nigeria	1990 y 1999	12,9	16,2	18,6	18,0
ISF ≥ 5,5					
Senegal	1986 y 1997	8,8	13,1	25,7	19,7
Malí	1987 y 1996	14,4	7,0	11,6	18,4
Níger	1992 y 1998	7,9	12,9	15,3	15,5
Burkina Faso	1993 y 1999	5,0	5,0	15,5	12,8

Fuente: Encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

en el Senegal alrededor del 25% de los niños de menos de 15 años son confiados a una familia distinta de la de sus padres biológicos y entre los de 10 a 14 años esta proporción aumenta al 35%. En un período de 11 años, la proporción de niños “confiados”, de menos de 15 años, se ha mantenido bastante estable, con un ligero cambio del 27% en 1986 al 25,5% en 1997 (Vandermeersch, 2000).

Esta práctica permite repartir la carga demográfica de los descendientes de un linaje, pero atenúa la índole personal de las relaciones de los padres biológicos con sus hijos y, por tanto, la conciencia de su responsabilidad como progenitores. Se puede pensar que si el deseo de una descendencia numerosa se atenúa, dará lugar a una mayor individualización de las relaciones entre padres e hijos y, por tanto, a una erosión de la costumbre de confiar los hijos a otros. En la actualidad, aun si en las ciudades algunas familias empiezan a tratar de eludir la costumbre de acoger a parientes, esta práctica todavía es muy común y resistente, universalmente, a los cambios, incluso donde ha descendido la fecundidad. Por ejemplo, en el Camerún era de alrededor del 22% en 1998, igual que en 1991.

Una marcada separación de los derechos y responsabilidades de los cónyuges

En África occidental la vida conyugal se caracteriza por una débil solidaridad entre los cónyuges (Fapohunda y Todaro, 1988). La separación de bienes, de los ingresos derivados de la producción agrícola o los salarios, la poligamia sin compartir residencia, las uniones informales sin cohabitación, son expresiones normales de ello. Además, todos los adultos tienen otras obligaciones además de las que los ligan a la familia biológica que ellos mismos han fundado. Cada cual, hombre o mujer, debe socorrer durante toda su vida a sus mayores y estas responsabilidades pueden estar en pugna con la crianza común de la prole. Hombres y mujeres tienen funciones claramente diferenciadas en las responsabilidades por los costos de reproducción. Las mujeres tienen que atender a las necesidades cotidianas de su familia (alimentar y vestir a los hijos), los hombres sufragan puntualmente otros gastos, en verdad considerables (ceremonias, educación y salud). Estas demarcaciones a veces se sobrepasan. En algunos casos, los hombres ven su papel tradicional “dominante” cuestionado por los reveses económicos que les impiden el acceso a una actividad productiva, lo que, muy a pesar suyo, socava su posición social y familiar. La actividad de la mujer pasa a ser ahora la única fuente de ingreso de la familia. Esta situación obliga a hombres y mujeres a revisar sus decisiones, tanto en el terreno de la producción como en el de la procreación, a adoptar estrategias más individualistas o más solidarias, según sea el caso, entre las cuales figuran las decisiones en materia de fecundidad. El espectro de la epidemia del SIDA perturba igualmente la planificación de estrategias comunes. Son bien raras las parejas entre las que la evocación común de un estado seropositivo pueda surgir y conducir a la adopción de decisiones en común (Hassoun, 1997).

La emergencia de parejas más solidarias

Se observa asimismo la adopción por algunos adultos jóvenes de un modo de vida más centrado en el afianzamiento de los lazos afectivos entre los cónyuges y la solidaridad en la responsabilidad de la educación de los hijos. En general, se encuentra a estas parejas entre los jóvenes de zonas urbanas, instruidos, tanto hombres como mujeres, la clase media naciente, como la podríamos llamar. Se fijan objetivos precisos con respecto a sus hijos en lo que concierne a salud, educación, aspiraciones profesionales, que los llevan a limitar su descendencia en la situación actual de grave crisis económica. Es entre ellos donde se da la mayor convergencia de opiniones y de comportamientos con respecto a la fecundidad. Están mejor preparados para utilizar eficazmente métodos anticonceptivos modernos, que sienten que necesitan. Han adoptado un nuevo modelo de familia, de descendencia reducida; pueden, en general, acceder a servicios de anticoncepción y su formación les

permite utilizarlos con provecho. Los niveles de fecundidad alcanzados en las capitales de África occidental (2,9 hijos por mujer en Lomé, 3,1 en Yaundé y Douala, 3,4 en Abidján, 2,7 en el distrito de Accra) dan testimonio de los cambios imputables, en parte, a este sector de la población.

La convergencia de aspiraciones de los cónyuges en lo que se refiere a la descendencia y el acuerdo de las respuestas masculinas y femeninas sobre las decisiones de anticoncepción se han puesto de manifiesto en Ghana en la última encuesta demográfica y de salud (Andro, 2001). Esta evolución contrasta con la de los países del Sahel, donde existe escaso acuerdo entre los cónyuges y donde sólo la opinión masculina cuenta al decidir el acceso o el veto a la anticoncepción (Andro y Herrich, 2001).

LOS PROCESOS DE OBTENCIÓN DE AUTONOMÍA DE LOS INDIVIDUOS

Los cambios en las relaciones de dependencia entre las generaciones y la erosión de los controles tradicionales sobre el matrimonio se aceleran con la migración a las ciudades. En los medios rurales, estos controles siguen siendo fuertes, pero en la ciudad, incluso donde cohabitan varias generaciones, la emancipación de los jóvenes comienza a entrar en las costumbres y su capacidad de soslayar los controles de sus padres aumenta. Es especialmente evidente cuando han sido escolarizados y han podido acceder a empleos que les aseguran un ingreso personal. Todavía se sigue consultando a los padres, pero sus consejos u órdenes, tanto en cuestión de uniones como de descendencia, se respetan con mucho menos rigor.

Al hablar de la fecundidad, la cuestión de la autonomía de las decisiones individuales se plantea no sólo entre las personas de edad y los jóvenes, sino también, y sobre todo, entre hombres y mujeres. La estructura de las relaciones de poder entre hombres y mujeres tiene efectos directos en todos los aspectos de la gestión social de la procreación. Por ejemplo, en Nigeria, un estudio ha demostrado que la autonomía económica de la mujer tenía un efecto directo, en igualdad de condiciones, en su práctica de la planificación de la familia (Kritz y colaboradores, 2000). El sistema de relaciones de género funciona tan bien en el plano individual, en sus estrategias de reproducción, como en el de la sociedad en general, en los modelos reproductivos que ésta valora. Es decir, las relaciones sociales entre hombres y mujeres definen, por una parte, las modalidades de adopción de decisiones con respecto a la fecundidad entre un hombre y una mujer y, por otra, las condiciones sociales de los procesos que rodean a la procreación (embarazo, parto, atención de los hijos). La negociación por los esposos del número de hijos deseado depende en sumo grado de la estructura de estas relaciones entre hombres y mujeres y será decisiva en este período de transición y de cambio de aspiraciones familiares (Bankhole, 1995; Andro y Herrich, 2001).

En algunos países de África occidental, las mujeres han dado prueba de una sorprendente autonomía en el terreno de la producción, lo que ha permitido a muchas de ellas gozar también de una gran libertad de movimiento e, incluso, instalarse en residencias separadas, a diferencia de la situación que predomina en otras sociedades del Tercer Mundo. No obstante, en lo que se refiere a la fecundidad, su margen de acción estaba y sigue estando estrictamente limitado al puerperio, durante el cual pueden negarse a reanudar demasiado pronto las relaciones sexuales. Tienen escasas posibilidades de limitar su descendencia, tanto por las presiones familiares como por la penuria de los servicios de anticoncepción. En este aspecto queda mucho por hacer y esto explica por qué en los primeros países donde ha descendido la fecundidad, como en el Camerún y en Ghana, el descenso se debe con más frecuencia al espaciamiento de los hijos que a la adopción de métodos anticonceptivos. El hecho de que en Ghana, el descenso de 2 hijos por mujer en 20 años se haya logrado con una práctica de la anticoncepción moderna que no excede del 11% en 1998 (véase más adelante el cuadro 7), muestra a las claras que el control de la fecundidad se ejerce por medios muy diversos, como sucedió en Europa, donde la transición de la fecundidad precedió con mucho a la existencia de

métodos anticonceptivos. También se puede pensar que una mayor disponibilidad de anticonceptivos aceleraría el descenso de la fecundidad, que hasta ahora se ha producido gracias a medios tradicionales y, en las ciudades, mediante abortos clandestinos, cada vez más frecuentes (Desgrées du Loû y colaboradores, 1999).

¿HACIA UN DESCENSO RÁPIDO DE LA FECUNDIDAD EN ÁFRICA OCCIDENTAL? TENTATIVA DE COMPARACIÓN ENTRE EL CAMERÚN Y TÚNEZ

Los países subsaharianos, en particular los de África occidental, que muestran un descenso de la fecundidad de 1 a 2 hijos por mujer después de haber tenido hasta 1980 índices sintéticos de fecundidad del orden de 6 a 7 hijos, ¿quieren evolucionar rápidamente hacia niveles que les aseguren sólo el reemplazo de las generaciones? Extraer lecciones de la experiencia de otros países puede ser un medio de prever el futuro. Por ejemplo, es tentador comparar los países de África occidental con los de África del Norte, que están mucho más adelantados en el proceso de descenso de la fecundidad y han pasado, cada uno a su propio ritmo, pero a fin de cuentas en poco más de una generación solamente, de una fecundidad alta de más de 7 hijos por mujer a otra muy controlada, que apenas sobrepasaba los 2 hijos por mujer en el año 2000 (Ouadah-Bedidi y Vallin, 2000). En Nigeria, Côte d'Ivoire y el Camerún, en 1998, el índice sintético de fecundidad es de 5,2 hijos por mujer, idéntico al de Túnez 20 años antes. Esto no es más que coincidencia aritmética (y por añadidura, un poco dudosa, habida cuenta de los métodos de cálculo de los índices de fecundidad por medio de encuestas). ¿Se puede pensar que augura, para dentro de 20 años, alrededor de 2020, una fecundidad de 2 hijos por mujer en África occidental?

Las sociedades del África subsahariana valoran un conjunto de normas y vivencias familiares muy diferentes, cuando no opuestas, de las que prevalecen en las sociedades del Maghreb. El establecimiento de la unión, las primeras experiencias sexuales, la solidaridad conyugal, la situación de la mujer, los modos de vida en familia son factores que influyen, de manera distinta en las dos regiones, en la evolución de la fecundidad. Las normas que regulan los ideales familiares se incorporan también en las políticas sociales y de población. Aumentan la "distancia" que separa a los países de África del Norte y de África occidental. La comparación de Túnez y el Camerún, país con el mismo índice sintético de fecundidad en 1998 que tenía Túnez en 1978, nos servirá de ejemplo (cuadro 6).

El Camerún contemporáneo está menos urbanizado (39%) que el Túnez de 1978 (52%) y las diferencias de ISF según el lugar de residencia son allí más elevadas. En cambio, la población femenina está más alfabetizada en el Camerún (el 65% de las mujeres de 6 años en adelante, el 39% en Túnez en 1978), pero en Túnez, hace 20 años, la fecundidad ya había bajado incluso entre las mujeres analfabetas, lo que todavía no ha sucedido en el Camerún, donde tienen, por término medio, 6,6 hijos. La diferencia de fecundidad entre mujeres analfabetas (ISF = 5,5) y mujeres con estudios de enseñanza secundaria (ISF = 2,9) era menos marcada hace 20 años en Túnez que en 1998 en el Camerún, donde, en cada categoría de instrucción, el nivel de fecundidad es también, por término medio, más alto que en Túnez. En el Camerún, para mencionar sólo estas dos variables explicativas "clásicas" de la fecundidad, las diferencias entre los niveles de fecundidad de las distintas categorías eran más pronunciadas de lo que eran en Túnez.

Pero son sobre todo dos factores intermedios los que difieren marcadamente entre los dos países: la nupcialidad y la práctica de la anticoncepción eficaz. En el Camerún, las mujeres se casan cuando son mucho más jóvenes, el 36% estaban ya casadas cuando tenían entre 15 y 19 años en 1998, frente a sólo el 6% en Túnez en 1978. Lo mismo se observa en los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29. La edad media al contraer el primer matrimonio era, pues, de 3 años más (23,9 años) en 1978 en Túnez que en el Camerún en 1998 (20,2 años). Las prácticas matrimoniales han tenido un papel importante en el descenso rápido de la fecundidad en Túnez y en todo el Maghreb, más aún teniendo en cuenta que la fecundidad fuera del matrimonio, muy condenada, sigue siendo muy marginal. En el Camerún, por el contrario, la nupcialidad femenina era todavía bastante

Cuadro 6
Comparación de Túnez (1978) y el Camerún (1998)

Índices	Túnez 1978	Camerún 1998
Índice sintético de fecundidad (ISF)		
General, ISF	5,2	5,2
ISF, urbano	4,45	3,9
ISF, rural	6,06	5,8
ISF, sin instrucción	5,52	6,6
ISF, enseñanza primaria	4,16	5,3
ISF, enseñanza secundaria	2,87	3,6
Edad media al primer matrimonio	23,9 años	20,2 años
Proporción de solteras		
De 15 a 19 años	94,6	64,2
De 20 a 24 años	56,3	26,4
De 25 a 29 años	19,9	10,9
Porcentaje de mujeres que viven en pareja que practican la anticoncepción moderna		
General, de 15 a 49 años	34,0	7,1
Urbana, de 15 a 49 años	38,3	13,1
Rural, de 15 a 49 años	15,7	4,9
General, de 20 a 24 años	16,0	5,3
Residencia e instrucción		
Porcentaje de la población rural	52,0	69,0
Porcentaje de mujeres de 6 años en adelante, analfabetas	61,0	35,0

Fuente: Encuesta tunecina de fecundidad, 1978 (ONAPO, 1982) y encuesta demográfica y de salud, Camerún, 1998.

precoz en 1998, aunque se observa un retraso reciente de la edad del primer matrimonio. A causa de la tolerancia social de los nacimientos prenupciales o al margen del matrimonio, el retraso del primer matrimonio es mucho menor que en Túnez, lo que constituye un factor de disminución de la fecundidad.

En cuanto a la práctica de la anticoncepción moderna, las diferencias de comportamiento son muy acusadas. En condiciones idénticas de fecundidad (5,2 hijos por mujer), ya en 1978, el 34% de las tunecinas que vivían en pareja recurrían a la anticoncepción, mientras que solamente el 7,1% de las camerunesas la practicaban en 1998, casi cinco veces menos. Entre las mujeres jóvenes (de 20 a 24 años) que viven en pareja, el número de tunecinas que usaba métodos anticonceptivos modernos (16%) era tres veces mayor que el de las camerunesas que los usan actualmente (5,3%). En 1978 ya había en Túnez una proporción relativamente importante de mujeres que, mientras vivían en pareja, habían recurrido a la anticoncepción moderna, gracias a un programa de planificación con fuerte respaldo del Estado, que existía desde comienzos del decenio de 1970 (Gueddana, 2001). En el Camerún este respaldo oficial no se concedió hasta 10 años después (Locoh y Makdessi, 1996). Hasta el presente, todo lo que ha producido ha sido una pequeña cantidad de equipo y una difusión todavía tímida fuera de las ciudades. En 1978 las mujeres camerunesas que vivían en pareja tenían cinco veces menos recurso a los anticonceptivos modernos que las tunecinas.

Esta comparación ofrece numerosos indicadores de las modalidades de transición de una fecundidad alta a una fecundidad controlada. ¿Cómo puede una práctica muy modesta de anticoncepción moderna y una unión precoz, aunque en ligero retraso, conducir, no obstante, al Camerún a una fecundidad idéntica a la que tenía Túnez en 1978? La respuesta está en el espaciamiento de los nacimientos mediante la lactancia prolongada y la abstinencia del postparto. También, en menor grado, en el recurso probable, desde hace poco tiempo, al aborto. Otras indicaciones que se deben tomar en cuenta: el Camerún, tiene índices más altos de escolarización de las niñas, lo que podría actuar de acelerador del descenso futuro de la fecundidad; en cambio, está menos urbanizado, y, sobre todo, el equipo del medio rural en infraestructura, en particular, sanitaria, es muy inferior al de Túnez en 1978, lo que puede ser un grave obstáculo a la difusión de la anticoncepción moderna.

DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS

Las estructuras familiares en África occidental están atravesando una rápida transformación, que hemos esbozado, y cuyas consecuencias en la gestión de la descendencia y el control de la fecundidad son todavía inciertas. Para los adultos jóvenes de hoy, el establecimiento de una familia que asegure la estabilidad y seguridad de sus miembros será cada vez más difícil de realizar. ¿Qué comportamientos de fecundidad adoptarán? Un menor deseo de hijos, muy probablemente; una práctica todavía incierta de anticoncepción, sin duda con un recurso más frecuente al aborto clandestino; un menor respeto de las solidaridades familiares obligadas, no siempre reemplazado por una intensificación de la solidaridad de la pareja. Existe gran incertidumbre en torno a ese futuro que se cierne sobre las generaciones jóvenes. Algunos se acercarán al modelo de fecundidad muy controlada de África del Norte, pero probablemente con un calendario completamente distinto de formación de unión y otros métodos, la anticoncepción junto con los métodos tradicionales de espaciamiento. Otros, muy numerosos en el medio rural, aun reconociendo el mérito de una familia de tamaño limitado, tendrán dificultades en adaptarse a causa de la presión social, siempre intensa, y del recurso mayoritario a los métodos tradicionales de espaciamiento de los nacimientos, ya que la anticoncepción moderna seguirá siendo de muy difícil acceso para ellos.

En lo que concierne a las modalidades de la unión, el comienzo del retraso de la primera unión no tiene más que un papel moderado en el comienzo de la vida fecunda, dada la tolerancia que reina sobre el comienzo de las relaciones sexuales de los jóvenes. Es en los medios escolarizados y urbanos donde se ejerce con más eficacia un control de la fecundidad inicial. Pero, aparte de su efecto en el calendario de la fecundidad, el retraso de la primera unión o de la vida fecunda que se empieza a observar tiene un efecto más difuso, aunque ciertamente de la misma importancia en la “autorrealización” de los jóvenes (sobre todo, de las muchachas jóvenes), y que les permite disponer de un cierto período entre la infancia y la edad adulta susceptible de consolidar su autonomía. Cuanto más tiempo tengan los jóvenes de adquirir una cierta independencia, tanto mayor será su tendencia a querer participar en las decisiones que les conciernen, entre las cuales las principales son el matrimonio y, posiblemente, la práctica de la anticoncepción en el matrimonio. Esta evolución del establecimiento de la unión va probablemente a atenuar la distancia que ha caracterizado hasta ahora las relaciones de las parejas en las sociedades donde la diferencia de edad de los cónyuges es muy acentuada y que, además, se valora como medio de asegurar mejor la preeminencia masculina al reforzarla con la edad.

En la vida conyugal, dos movimientos antagónicos, que se expresan en general en medios distintos, podrían ser, tanto uno como otro, favorables a un descenso de la fecundidad: la creciente autonomía de la mujer, reforzada por la tradición de la separación de residencias e ingresos, por una parte, y la solidaridad más fuerte de la pareja, por otra. En algunos medios, es la creciente autonomía de la esposa, que va hasta la residencia separada, la que puede propiciar un mayor control de la fecundidad. En otros, la emergencia de parejas más unidas, con objetivos comunes de ascenso para sus hijos, que les llevarán a reducir el tamaño de su descendencia. Por tanto, se puede esperar un aumento de la práctica anticonceptiva. Se ha visto que la convergencia entre los esposos de actitudes favorables a la anticoncepción está aumentando en Ghana, por ejemplo.

La práctica anticonceptiva, si se consideran las tasas para el conjunto de mujeres, sigue siendo moderada, incluso en los países más “avanzados” (cuadro 7), el 11% en Ghana, apenas más del 8% en Nigeria, el Camerún y el Togo. Estas cifras distan mucho de las registradas en Túnez en 1978 (34%), que nos han servido de ejemplo. Si la fecundidad baja algo en África occidental es a causa de las separaciones temporales o de las uniones sin compartir residencia, estrategias que las mujeres saben utilizar para controlar su descendencia. La práctica de la anticoncepción, a diferencia de lo que ha sucedido en otros lugares, progresa con lentitud, y las mujeres, en particular, todavía no tienen el campo libre en este aspecto. No hay duda de que el deseo de controlar la fecundidad se

Cuadro 7
Práctica actual de la anticoncepción moderna, mujeres de 15 a 49 años,
última encuesta demográfica y de salud

País	Fecha de la encuesta	Porcentaje de usuarias actuales	ISF	ISF, capitales o medio urbano
ISF < 5,5				
Ghana	1998	10,8	4,5	Distrito de Accra (2,7)
Camerún	1998	8,0	5,2	Douala y Yaundé (3,1)
Nigeria	1999	8,9	5,2	Urbano total (4,5)
Côte d'Ivoire	1999	9,8	5,2	Abidján (3,4)
Togo	1998	7,9	5,4	Lomé (2,9)
ISF ≥ 5,5				
Guinea	1999	4,9	5,5	Conakry (4,0)
Burkina Faso	1999	5,8	6,4	Uagadugú (4,0)
Senegal	1997	7,0	5,7	Urbano total (4,3)
Malí	1996	5,0	6,7	Bamako (4,7)
Níger	1999		7,5	Niamey (5,2)

Fuente: Encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

está infiltrando en los medios educados de las ciudades, pero en los medios rurales pocas cosas han cambiado, tanto en lo que se refiere a coacciones familiares o matrimoniales como a equipo e información.

La probable disminución de la poligamia es una expresión de los cambios que se están gestando. Evolucionan bajo la doble influencia del progreso económico y social de los dos primeros decenios de independencia y de la crisis económica que hace más difícil la instalación de varias esposas, al menos en las ciudades. Refleja, tal vez, la preferencia de un cierto número de adultos por una unión monógama solidaria y, ciertamente, en el caso de un número creciente de mujeres, la decisión de ser cabeza de familia (posiblemente con una pareja que no sea un esposo "oficial") más que de residir en un hogar con otras co-esposas. Es probable también que se coaccione menos que antes a las viudas y divorciadas para que se vuelvan a casar.

Los efectos de un descenso de la poligamia en la fecundidad no serán unívocos. En el plano individual, los estudios más detallados han demostrado que, en igualdad de condiciones, la poligamia no tenía efectos de consideración en la fecundidad de una esposa, en particular en su rango (Effah, 1999). Si las mujeres en uniones polígamas tienen menos hijos es por un efecto de selección: las mujeres infecundas o poco fecundas son en ellas más numerosas, así como las mujeres en una segunda o tercera unión, cuyo marido puede tener una demanda menor de hijos. Es en el plano colectivo donde los efectos de la disminución de la poligamia en la fecundidad se deberían dejar sentir de dos formas: a) la menor propensión a ser polígamo disminuye la fluidez del mercado matrimonial y la probabilidad de que todas o casi todas las mujeres estén expuestas al riesgo de concebir; b) el aumento de las uniones polígamas sin compartir residencia, poco reconocidas o no reconocidas por las familias, atenúa la capacidad de las familias de presionar a cumplir su "deber" de tener descendencia a una mujer que no tiene mucha categoría social, y por su parte las mujeres, a menudo únicas responsables de su familia, podrían tener más motivo de desear limitar el tamaño de su descendencia.

El deseo de tener una prole numerosa no está tan extendido como hace 20 ó 30 años, pero en las encuestas demográficas y de salud de África occidental, el número de hijos deseados que se cita con más frecuencia es de 4 o más. Las mujeres con 3 hijos vivos que declaran no desear más constituyen una minoría, incluso en los países considerados de fecundidad "intermedia". Su proporción ha aumentado considerablemente en Ghana entre 1988 (13,7%) y 1998 (36%) y de manera más moderada en el Togo. En todos los demás lugares, esta proporción ha evolucionado poco y se mantiene por debajo del 15% (cuadro 8).

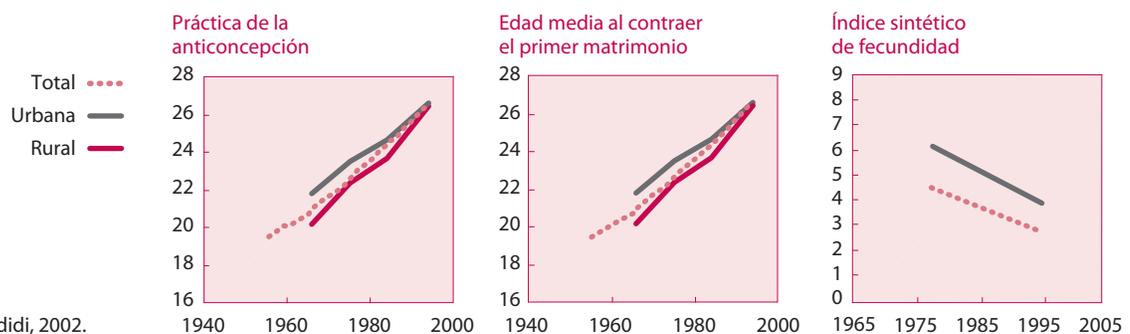
Cuadro 8
Mujeres que tienen 3 hijos vivos y no desean tener más

País	Fecha de las encuestas	No desean más hijos		
		Hacia 1990	Hacia 1998	ISF hacia 1998
ISF < 5,5				
Ghana	1988 y 1998	13,7	36,1	4,5
Camerún	1991 y 1998	7,5	9,8	5,2
Nigeria	1990 y 1999	8,8	11	5,2
Togo	1988 y 1998	13,6	22	5,4
ISF ≥ 5,5				
Burkina Faso	1993 y 1999	12	11	6,8
Guinea	1992 y 1999	10,8	12,8	5,5
Níger	1992 y 1999	5,8	4,8	7,5
Senegal	1992 y 1997	9	9,1	5,7
Malí	1987 y 1996	14,6	10,6	6,7

Fuente: Encuestas demográficas y de salud (EDS-DHS).

Cabe esperar evoluciones de distinto signo entre zonas rurales urbanas, por quedar siempre éstas al margen de equipamientos colectivos, centros de salud (donde se suelen dispensar los consejos de planificación de la familia), escuelas, empresas generadoras de empleos no agrícolas remunerados, etc. La crisis acelera los cambios de comportamiento en los medios ya inclinados a adoptar nuevos modos de vida familiar por su inserción en la modernidad, pero la mayoría de las poblaciones rurales africanas sigue todavía al margen de estas mutaciones. No obstante, en los tres países (Ghana, Camerún, Nigeria) con fecundidad intermedia según las encuestas de los años 1998 a 1999, la fecundidad en el medio rural se acerca a los 5 hijos por mujer. Reducir las disparidades entre la ciudad y el campo será una de las principales bajas del descenso de la fecundidad. Esto es lo que ha conseguido Túnez, donde las diferencias entre los medios rural y urbano en edad al contraer matrimonio, práctica anticonceptiva y, sobre todo, fecundidad, casi han desaparecido (gráfico 1). De las capitales de la costa de África no se dispone de datos para Lagos, y las ciudades de Nigeria tienen en conjunto un ISF de cerca de 4,5 hijos por mujer. Pero Douala y Youndé, Accra, Lomé y Abidján no están lejos de una fecundidad entre 2 y 3 hijos por mujer (cuadro 7). Todo indica que el descenso se va a generalizar allí. La motivación existe, los medios son todavía muy insuficientes y el recurso al aborto hace estragos, mientras que la anticoncepción debería ser más asequible. Pero en el medio rural, el futuro es todavía muy incierto. En un país como el Togo, en pleno desorden económico y político, donde las infraestructuras sanitarias son absolutamente insuficientes, cabe preguntarse si las mujeres van a poder garantizar la moderación de su fecundidad, que cada vez desea un mayor número de ellas y, en caso afirmativo, a qué precio para su salud.

Gráfico 1
Túnez, evolución de la práctica de la anticoncepción, de la edad media al contraer el primer matrimonio y del índice sintético de fecundidad (1970-1995)



Fuente: Ouadah-Bedidi, 2002.

Ghana parece ser el país que está más cerca de dar por terminado su ciclo de descenso. Su fecundidad se ha mantenido estable hasta alrededor de 1985, pese a una política de limitación del crecimiento demográfico claramente expresada y pese a —o a causa de— un largo período de depresión económica. Al mejorar la situación política y económica, la fecundidad descendió rápidamente (en un promedio de 2 hijos por mujer entre 1988 y 1998).

A partir de este momento, en el África subsahariana, el deseo de controlar la fecundidad surge de la confluencia de dos acontecimientos antagónicos, los que han provocado el crecimiento y el comienzo de lo que se llama el desarrollo (en particular, descenso de la mortalidad, más amplias oportunidades de educación, mejora de las infraestructuras colectivas, emergencia de una población asalariada), y los que ha engendrado el colapso económico de los años 80 (pérdida de empleos urbanos, dificultades financieras cotidianas acumuladas, éxodo de los jóvenes calificados, deterioro de las infraestructuras, fin de la enseñanza gratuita, etc.; Coussy y Vallin, 1996). La urbanización, los adelantos en materia de salud y educación han comenzado a dar por resultado nuevas relaciones entre mayores y jóvenes, maridos y mujeres. Parejas de un tipo nuevo, a veces madres cabeza de familia, tienen nuevas aspiraciones para sus hijos. Además, la intensificación de la austeridad y las penurias económicas les han hecho ver con más claridad la necesidad de limitar su descendencia. Es en la confluencia de los adelantos debidos al crecimiento de los años de 1960 a 1975 y de las repercusiones adversas de la crisis económica, que no han cesado de agravarse después, donde hay que buscar la raíz del deseo de familias más pequeñas en África occidental. Si se considera *a*) la erosión de los ideales de la familia numerosa; *b*) el número consiguiente de mujeres capaces de dirigir su propia familia y asumir la responsabilidad económica; *c*) la llegada de adultos jóvenes, instruidos, y, por último, *d*) la emergencia, en algunos medios, de parejas más solidarias, se tiene una serie de factores que convergen en el convencimiento de las ventajas de descendencias menos numerosas.

¿Se adoptará en África occidental el modelo de familia de 2 o 3 hijos en el transcurso de una generación? Es poco probable en los países del Sahel, todavía en el umbral de su transición de la fecundidad. Es muy posible en todas las capitales de la costa. Es mucho menos seguro en las zonas rurales y las ciudades de tamaño mediano, a menos que consigan beneficios en breve plazo en materia de equipo sanitario, en particular de salud genésica, educación y empleo. Cuando un descenso de la fecundidad se refleja en las estadísticas, es el resultado de cambios familiares muy anteriores, que han actuado subrepticamente. Eso es lo que ha ocurrido en Ghana; es, probablemente, lo que se está fraguando en otros países, de ahí la importancia, para prever la evolución de la fecundidad, de seguir de cerca indicadores de estructuras familiares tales como la edad al establecer la primera unión, las tasas de poligamia, las tasas de mujeres cabeza de familia, la proporción de niños que no viven con sus padres biológicos y el grado de acuerdo entre hombres y mujeres respecto a la práctica de la anticoncepción.

BIBLIOGRAFÍA

- Andro, Armelle (2001). *Décisions de fécondité au sein des couples en Afrique de l'Ouest. Quelle négociations entre hommes et femmes?* Documento presentado en el Coloquio internacional "Género, población y desarrollo en África" del INED-ENSEA-IFORD, Abidján, 25 págs.
- Andro, Armelle, y Véronique Hertrich (2001). "La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses?". *Population*, No. 5, 50 págs.
- Bankhole, Akinrinola (1995). "Desired fertility and fertility among the Yoruba of Nigeria: A study of couple preferences and subsequent fertility". *Population Studies*, vol. 49, No. 2 (julio de 1995), págs. 317-328.
- Ben Salem, Lilia, y Thérèse Locoh, (2001). "Les transformations du mariage et de la famille". *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, págs. 203-232 (dir. Jacques Vallin y Thérèse Locoh), 801 págs.
- Bongaarts, John (1978). "A framework for analysing the proximate determinants of fertility". *Population and Development Review*, 3: págs. 63-102.

- Coussy, Jean, y Jacques Vallin (dir.) (1996). *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographique*, París, CEPED, págs. 580 (col. Les Études du CEPED, No. 13).
- Desgrées du Lou, Annabel, Philippe Msellati, Ida Viho, Christiane Wellfens-Ekra (1999). "Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan: une cause de la baisse de la fécondité?". *Population*, No. 3, mayo-junio de 1999, págs. 427-446.
- Effah, Kofi B. (1999). "A reformulation of the polygyny-fertility hypothesis". *Journal of Comparative Family Studies*, No. 3, págs. 381-408.
- Fopahunda, Eleanor y Michael Todaro (1988). "Family structure, implicit contracts and the demand for children in southern Nigeria". *Population and Development Review*, 14 (4), págs. 571-594.
- Gueddana, Nebiha (2001). "L'expérience du programme tunisien de planification familiale". *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, págs. 203-232 (dir. Jacques Vallin et Thérèse Locoh), 801 págs.
- Hassoun, Judith (1997). *Femmes d'Abidjan face au sida*. París, Karthala, 202 págs.
- Hertrich, Véronique (2001). *Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années*. Documento presentado en el coloquio "Género, población y desarrollo en África", ENSEA, INED, IFORD y UEPA, Abidján, 16 a 21 de julio, 32 págs.
- Joseph, Véronique y Michel Garenne (2001). *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*. París, CEPED, 64 págs. [Las series de CEPED, No. 66]
- Kritz, Mary, Paulina Makinwa-Adebusoye, y Douglas T. Gurak (2000). "The role of gender context in shaping reproductive behavior in Nigeria". En Harriet B. Presser y Gita Sen (comps.) *Women's empowerment and demographic processes: Moving beyond Cairo*, págs. 239-260. Oxford, Oxford University Press, 426 págs. [International Studies in Demography]
- Lesthaeghe, Ron (comp.) (1989) "Social organisation, economic crises and the future of fertility control". En Ron Lesthaeghe (comp.). *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, págs. 475-497, Berkeley, Los Ángeles, University of California Press, 556 págs.
- Locoh, Thérèse (1994). "Social change and marriage arrangements: New types of union in Lomé, Togo". En Caroline Bledsoe y Gilles Pison (comps.). *Nuptiality in sub-Saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, págs. 215-230, Oxford, Clarendon Press (International Studies in Demography), 326 págs.
- Locoh, Thérèse, y Yara Makdessi (1996). *Population Policies and Fertility Decline in sub-Saharan Africa*. París, CEPED, 40 págs. [Las series de CEPED No. 2]
- Naciones Unidas (2000). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables*. Nueva York, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 745 págs.
- ONAPO (1982). Enquête tunisienne sur la fécondité, 1978, Túnez, República de Túnez, 2 tomos.
- Ouah-Bedidi, Zahia y Jacques Vallin (2000). "Maghreb: La chute irrésistible de la fécondité". *Population et sociétés*, boletín del INED, No. 359 (julio-agosto), 4 págs.
- Ouah-Bedidi, Zahia (2002). *Structures familiales et baisse de la fécondité au Maghreb*. Datos estadísticos comunicados a la autora, de próxima publicación, 6 págs.
- Vandermeersch, Céline (2000). *Les enfants confiés au Sénégal*. Tesis doctoral, Instituto de Estudios Políticos, París. 502 págs.

La educación y las tendencias futuras de fecundidad, en particular en los países en mitad de la transición

*John Cleland**

INTRODUCCIÓN

De todos los indicadores de la situación socioeconómica, la escolaridad es el más utilizado por los demógrafos. La educación de los adultos emerge sistemáticamente como la variable de predicción más poderosa de su comportamiento demográfico. Así pues, la duración de la escolaridad se relaciona con el comienzo de la vida reproductiva (edad al contraer matrimonio y maternidad), con la procreación y el control de nacimientos y con la mortalidad. Hasta finales del decenio de 1970, para muchos investigadores la influencia generalizada de la formación académica de los individuos y las parejas en una serie de resultados demográficos era un reflejo de los estrechos vínculos entre el grado de formación académica y las circunstancias materiales: la escolaridad se consideraba normalmente un indicador de la situación socioeconómica y el interés en su relación con la fecundidad y la mortalidad se desvanecía en consecuencia. La publicación de los resultados de una encuesta realizada en Nigeria que demostraban que la escolaridad de la madre era una variable de predicción de la supervivencia del niño más poderosa que características económicas de la familia tales como la ocupación del padre (Caldwell, 1979), junto con un amplio análisis de las relaciones de educación y fecundidad que llegó a conclusiones similares (Cochrane, 1979), supuso un cambio radical en la manera de ver esta relación. Estudios posteriores han confirmado que la educación de la madre suele tener una influencia más decisiva en la procreación que las características del padre.

El criterio que propugna mejores oportunidades de educación de las niñas como medio de lograr tasas más bajas de mortalidad y fecundidad ha quedado incorporado en la ideología de importantes organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. También fue uno de los principales temas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Sin embargo, el respaldo empírico al criterio de que la mejora de la instrucción de la mujer es esencial para la reducción de la fecundidad no es ni fuerte ni tan universal como se supone con frecuencia, y los vínculos entre educación y fecundidad no se entienden claramente (Naciones Unidas, 1987). La relación entre la instrucción de la mujer y la fecundidad y, en particular, el efecto de un grado modesto de instrucción, depende mucho del contexto, varía según las distintas regiones del mundo y el grado de desarrollo y el momento (Jejeebhoy, 1995). También puede depender de las condiciones culturales, en particular, la situación de la mujer en la estructura tradicional de parentesco.

El principal objetivo del presente documento es señalar las repercusiones de los cambios pasados y proyectados en la composición educativa de las poblaciones en el rumbo futuro de la fecundidad en países que ahora han entrado en las fases media y tardía de la transición de la fecundidad, que se define aquí, en términos de fecundidad

* Director, Centro de Estudios de Población, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido.

total, en la escala de 3 a 5 nacimientos por mujer. De importancia esencial es la rapidez del descenso futuro y el nivel al que se estabilizará la reproducción. Los requisitos ideales para llevar a buen término este propósito son: una teoría de la transición de la fecundidad que especifique el papel de la escolaridad como un determinante en el contexto de otros determinantes; una clara documentación de las asociaciones estadísticas entre escolaridad en los planos individual y general, a través del espacio, el tiempo y la fase de transición de la fecundidad; un entendimiento de las vías que enlazan la escolaridad con los resultados de la fecundidad, y un pronóstico razonablemente preciso de las tendencias futuras de la escolaridad.

La simple enumeración de estos deseos, junto con la plétora de pruebas empíricas que se han acumulado en los últimos 50 años, exige que el presente documento sea sumamente selectivo tanto en las cuestiones como en las pruebas. El criterio utilizado consistirá en tratar de sintetizar las características y la comprensión de los últimos estudios y aplicarlos, de forma necesariamente especulativa, al futuro. Estas cuestiones, o deseos, se considerarán en orden inverso.

EL CAMBIO DE LA COMPOSICIÓN EDUCATIVA

Dos componentes de la composición educativa de una población pueden ser pertinentes a la fecundidad: la composición de la población de edad escolar y la composición de la población en edad de procrear. Al considerar la primera de las dos vemos que la matrícula escolar puede transformar las relaciones entre las generaciones al elevar los costos directos de la procreación, reducir su disponibilidad para la producción familiar y permitir a los padres invertir en la calidad de los hijos a expensas de su cantidad (Becker, 1991; Caldwell, 1982). El efecto de la escolaridad de los hijos en las aspiraciones y el comportamiento de los padres con respecto a la procreación ha sido un tema descuidado por los investigadores.

Algunas de las escasas pruebas muestran que existe una relación directa (por ejemplo, Caldwell, Reddy y Caldwell, 1985; Axinn, 1993); pero un estudio entre naciones no consiguió establecer vínculo alguno entre matrícula en la enseñanza primaria y fecundidad (Tan y Haines, 1984), y las tendencias demográficas en países como Bangladesh y Nepal muestran que la matrícula alta (o incluso moderada) no es una condición previa necesaria para el descenso de la fecundidad.

Para los fines del presente documento, centrado en torno a la transición de la fase media a la tardía, la consideración de los posibles efectos de la matrícula en las enseñanzas primaria y secundaria en la fecundidad no es de importancia primordial por dos razones. En primer lugar, la escolarización en masa ya es un hecho en la mayoría, aunque no en la totalidad, de los países en los que se ha registrado un descenso notable de la fecundidad y es dudoso que un nuevo aumento de la matrícula tenga una influencia apreciable en la procreación. De hecho, la transición de la fecundidad en el África subsahariana está teniendo lugar de manera simultánea con una disminución de la matrícula. En segundo lugar, la mayor parte de los autores han sostenido que el advenimiento de la escolarización en masa actúa sobre todo de agente catalizador del comienzo de la fase inicial de la transición de la fecundidad, relación que carece prácticamente de importancia para los países estudiados aquí.

Las mejoras anteriores en alfabetización y educación de la población adulta están bien documentadas y no las vamos a examinar aquí. Los cambios futuros de la composición educativa de la población adulta pueden muy bien ser más importantes para el curso de la fecundidad en los próximos decenios que las tendencias en la matrícula y retención de alumnos, aunque, por supuesto, la una es simplemente la consecuencia a largo plazo de la otra. En un documento reciente de Lutz y Goujon (2001) se presentan proyecciones regionales sucintas de la composición educativa hasta el año 2030. Se formulan dos proyecciones. La primera parte del supuesto de una continuación de las tasas recientes de matrícula —la hipótesis constante—, junto con proyecciones de tendencias de la fecundidad,

la mortalidad y la migración que siguen la hipótesis central del International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) (Lutz, 2001). La segunda proyección supone que todas las regiones experimentarían mejoras lineales de la matrícula escolar, que las situarían en los niveles actuales de América del Norte para 2030. Aunque no expresamente declarado por los autores, esta hipótesis “americana” representa, supuestamente, el límite superior de resultados posibles, mientras que la hipótesis “constante” tal vez capta un futuro más realista. Ciertamente, una comparación de las matrículas primaria y secundaria en los decenios de 1980 y 1990 indica que no se han producido mejoras de importancia en la mayoría de las regiones de ingreso bajo (Naciones Unidas, 1995a). Otra posibilidad sería extrapolar las últimas tendencias de la matrícula, pero este ejercicio cae fuera del ámbito del presente documento.

En el cuadro 1 se presentan resumidos los resultados de las proyecciones de Lutz y Goujon respecto a la población adulta femenina, para las tres regiones donde se concentra la mayor parte de los países de transición media y tardía: África del Norte, América Latina, Asia occidental y Asia meridional. Es sorprendente la lentitud con que se espera que se produzcan los cambios. Incluso con arreglo a la hipótesis optimista “americana”, la composición educativa de la población femenina adulta no cambia radicalmente en los próximos 30 años. El cambio más acusado afecta al porcentaje de mujeres con educación terciaria, para el que se proyecta un aumento en tres de las cuatro regiones de alrededor del 10% a más cerca del 20%. No obstante, en 2030 todavía habrá una gran proporción de mujeres en las categorías de las que no han cursado estudios o no han pasado de la enseñanza primaria: más del 60% en Asia meridional, más del 40% en África del Norte y Asia occidental y más del 30% en América Latina.

Por supuesto, las proyecciones por edad son necesarias para documentar en detalle las posibles repercusiones de los cambios de la composición educativa en la fecundidad futura. Si sólo se tuviesen en cuenta los años principales de la edad de procrear, digamos, de 20 a 35 años, se obtendrían mejoras mayores proyectadas en la composición educativa que para toda la población de 15 años o más. Pero incluso estas proyecciones por edad, si se basan en supuestos realistas de tendencias futuras de escolaridad, probablemente caerían por debajo de la hipótesis “americana”.

Cuadro 1
Composición educativa (%) de la población femenina adulta (de 15 años en adelante), en determinadas regiones, 2000 y 2030 (proyectada)

	Escolaridad			
	Ninguna	Primaria	Secundaria	Terciaria
África del Norte				
2000	55	17	20	8
2030 (constante)	34	21	35	9
2030 (“americana”)	30	17	36	17
América Latina				
2000	15	39	37	9
2030 (constante)	4	35	50	11
2030 (“americana”)	4	29	48	19
Asia occidental				
2000	34	33	23	10
2030 (constante)	25	29	37	9
2030 (“americana”)	22	24	38	17
Asia meridional				
2000	66	17	15	2
2030 (constante)	37	44	15	4
2030 (“americana”)	34	32	25	10

Fuente: Lutz y Goujon (2001), The world’s changing human capital stock: multi-state population projections by educational attainment. *Population and Development Review*, vol. 27, No. 2, págs. 323-339.

En resumen, se pueden extraer cuatro conclusiones principales de esta breve exposición. Primera, los métodos de tabla de mortalidad de estados múltiples usada por el IIASA se pueden aplicar normalmente para proyectar la composición educativa de países y regiones. Segunda, los supuestos usados por el IIASA probablemente se podrán mejorar para elaborar una hipótesis central o más probable, que caerá en algún punto situado entre las hipótesis “constante” y “americana” (excepto, tal vez, para el África subsahariana). Tercera, las proyecciones por edad son necesarias para puntualizar posibles repercusiones demográficas. Cuarta, los resultados de estos refinamientos no es probable que impugnen la impresión dada en el cuadro 1, a saber, que las poblaciones adultas en regiones de ingreso bajo mejorarán su instrucción, pero el grado de mejora será relativamente modesto, al menos durante los próximos 30 años.

LA EDUCACIÓN Y LA FECUNDIDAD: VÍAS DE INFLUENCIA

En la mayoría de las investigaciones de las relaciones entre la educación y la fecundidad se han utilizado encuestas de sección transversal, en particular estudios mundiales sobre la fecundidad (EMF) y encuestas demográficas y de salud (EDS). Como se verá en la sección siguiente, las perspectivas transversales pueden ser engañosas, porque suelen dar la impresión de inmutabilidad o inevitabilidad en relaciones que evolucionan a lo largo del tiempo. No obstante, proporcionan información valiosa sobre los vínculos entre la formación académica de individuos y parejas y los resultados reproductivos que pueden ser importantes para las consideraciones del futuro. En esta sección, se examinan en primer lugar los vínculos de comportamiento. La relación entre la escolaridad y la preferencia de fecundidad se analiza después y, por último, los mecanismos causales distales o subyacentes.

Los vínculos de comportamiento

No es necesario repetir con ningún tipo de detalle el ingente acervo de pruebas de los efectos de la educación en los principales determinantes próximos o de comportamiento de la procreación, el comportamiento sexual o su sustituto frecuente, el matrimonio; la lactancia y los factores afines del puerperio y la regulación de la fecundidad. El papel de la postergación del matrimonio y la maternidad en las transiciones de la fecundidad varía mucho de una región a otra, lo que explica que se dé una proporción de descenso general considerable en muchos países de Asia y de África del Norte, pero mucho menor en América Latina. Las pruebas de sección transversal resumidas más recientemente por las Naciones Unidas (1995b) y Jejeebhoy (1995) indican que la edad de la mujer al contraer el primer matrimonio y tener el primer hijo está estrechamente relacionada con la instrucción en casi todos los países de ingreso bajo y medio, aunque una ligera exposición a la enseñanza no suele tener más que un efecto insignificante. Además, los análisis de variantes múltiples examinados por Jejeebhoy sugieren que la relación no se puede atribuir al empleo o a las características del marido.

En los países objeto principal del presente documento, con fecundidad global de menos de 5 nacimientos, pero por encima del nivel de reemplazo, la postergación del matrimonio, aunque afecta a la fecundidad del período, puede tener poca influencia en el tamaño definitivo de la familia o en la fecundidad de la cohorte. Una cuestión de importancia esencial para las proyecciones de fecundidad es si el aumento de la edad del matrimonio, en particular en los estratos más instruidos, se traducirá en los decenios venideros en una renuncia al matrimonio y a la maternidad, como ha sucedido en muchos países industrializados avanzados. Hasta ahora, esto no ha sucedido. La proporción de mujeres de 40 a 49 años que nunca se ha casado es insignificante en casi todos los países en desarrollo (Kishor y Neitzel, 1996). Desglosada por grado de instrucción de la mujer, la impresión dominante que da es que el matrimonio sigue siendo la norma. Entre las mujeres de 40 a 49 años con 10 o más años de estudios, la proporción de las que nunca se

han casado excedía del 10% sólo en siete de 22 encuestas demográficas y de salud (Naciones Unidas, 1995b). También es cierto que Europa occidental tiene una fuerte tradición de renuncia al matrimonio, a diferencia de la mayoría de las sociedades de Asia y África, donde hay muy pocos indicios de esta tradición de eludir el matrimonio. El matrimonio y la maternidad siguen siendo casi universales en países asiáticos de baja fecundidad como la República de Corea y Taiwán, aunque no en el Japón.

El futuro del matrimonio, muy influido el mismo por la educación, en los países con fecundidad intermedia de hoy representa la mayor incertidumbre en el pronóstico del futuro de la fecundidad. Ésta es una cuestión de la que los demógrafos apenas se han ocupado y cuya investigación puede reportar grandes beneficios.

La consideración de los factores del puerperio (amenorrea de la lactancia y abstinencia sexual) puede ser breve, porque su papel en las tendencias de la fecundidad futura es insignificante. Baste decir que los efectos del aumento de la fecundidad por la lactancia más corta y menos intensa y la pronta reanudación de las relaciones sexuales después del parto, ambas asociadas fuertemente con la instrucción, quedan normalmente neutralizados por el mayor uso de la regulación de la fecundidad. Por ejemplo, en 10 de 14 encuestas demográficas y de salud de Asia, África del Norte y América Latina se encontró que el intervalo medio entre los dos primeros nacimientos aumentaba monótonicamente con el aumento de la instrucción de la mujer (Mboup y Saha, 1998). Sin embargo, en el África subsahariana, la impresión dominante era que los intervalos entre los nacimientos variaban poco con la instrucción, supuestamente como reflejo de niveles generales más bajos de regulación de la fecundidad.

La vía predominante de comportamiento que vincula la educación a la fecundidad es, por supuesto, el uso de anticonceptivos. Salvo contadas excepciones, el uso de anticonceptivos aumentó monótona y bruscamente a través de las categorías de escolaridad. En la mayor parte de los países, el vínculo adopta la forma de creciente recurso a métodos modernos eficaces, aunque existen importantes excepciones. En la India, China y Bangladesh, las parejas más instruidas son menos propensas a ser esterilizadas que las menos instruidas.

En los actuales países con fecundidad intermedia, el uso de anticonceptivos ya es relativamente alto y se espera que siga aumentando. Por tanto, el cambio de anticonceptivos, su fallo y la interrupción de su uso, junto con el aborto, tendrán cada vez más importancia como determinantes de la fecundidad entre las mujeres sexualmente activas. Sorprendentemente, la instrucción de la mujer no es una variable de predicción neta de la probabilidad de cese total, mientras aparentemente sigue necesitando protección, ni del fallo del método o de la usuaria (Curtis y Blanc, 1997). Éste es uno de los pocos casos en los que la instrucción no conduce a resultados demográficos benignos. Ahora bien, la instrucción está relacionada con un elemento de importancia fundamental del comportamiento con respecto a la anticoncepción, a saber, la propensión a cambiar a otros métodos después de abandonar uno anterior. Curtis y Blanc (1997) demuestran que la instrucción de la madre es una fuerte variable de predicción neta del cambio en cuatro de las seis encuestas demográficas y de salud examinadas. En las otras dos restantes, el efecto neto de la instrucción está directamente relacionado con el comportamiento, pero no es importante al 95% de confianza.

Poco es lo que se sabe de la relación entre instrucción y aborto, debido a la falta de datos fiables. El análisis de los datos del calendario de la anticoncepción procedentes de encuestas demográficas y de salud que están realizando actualmente Ali y Cleland en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres apoya la expectativa de una relación directa. Mediante el uso conjunto de datos procedentes de 18 encuestas han encontrado que la instrucción de la mujer es una variable de predicción neta después del fallo del método anticonceptivo. Las EDS no distinguen entre aborto espontáneo y provocado, aunque es obvio que los abortos que se producen después de un fallo del método son, en su mayor parte, provocados. También es cierto que ambas formas de aborto rara vez se declaran, por lo que es posible que las diferencias de educación reflejen, sencillamente, un error de información.

Los vínculos a través de la demanda de hijos

Ahora nos ocuparemos de las preferencias de fecundidad. La caracterización dominante de la transición de la fecundidad es que la caída de la demanda de hijos en respuesta a los cambios sociales, incluida la escolaridad, es la principal fuerza motriz de los cambios (por ejemplo, Pritchett, 1994). El África subsahariana es la que más se ajusta a esta perspectiva. Las actitudes muy favorables a la natalidad documentadas por los estudios mundiales sobre la fecundidad en los años 70 y primeros 80 se han ido erosionando progresivamente en los últimos 20 años y la caída de la demanda de hijos ha precedido normalmente a un uso generalizado de la anticoncepción. Sin embargo, en otras regiones, los deseos en cuanto al tamaño de la familia fueron siempre más modestos que en África y parecen haber cambiado poco en los primeros 10 ó 15 años del descenso. Posteriormente, la fecundidad misma y los indicadores de deseo o demanda de hijos han experimentado una caída paralela. De este modo, el comportamiento con arreglo a actitudes que existían previamente puede haber sido la causa principal del inicio de la transición de la fecundidad en Asia y América Latina. Además, una posible interpretación del descenso paralelo subsiguiente de actitudes y resultados reproductivos es que la creciente aceptabilidad y el uso de técnicas modernas de regulación de la fecundidad pueden haber desestabilizado el tamaño deseado de la familia. Es decir, la vía de causalidad puede no ser de dirección única, directa, de la demanda al uso de anticonceptivos, sino más bien circular, con fuertes efectos de retroinformación, del comportamiento a la demanda (Robinson y Cleland, 1992).

Estas consideraciones sirven de advertencia de que nuestra conceptualización de los deseos de fecundidad y la realización de esos deseos puede estar excesivamente simplificada. No obstante, en la medida en que se puede hacer una distinción clara, es obvio que la realización ha hecho una contribución más importante a las reducciones de la fecundidad de los últimos 30 años que el cambio de la demanda. Feyisetan y Casterline (2000) muestran que los cambios de preferencia de la fecundidad, en promedio, dan cuenta solamente de una quinta parte del incremento observado de frecuencia de uso de anticonceptivos entre los decenios de 1970 y 1990 en países de ingreso bajo. Lógicamente, esta fracción es considerablemente mayor en el África subsahariana.

En términos generales, se puede hacer el mismo veredicto con respecto a los diferenciales de educación en la fertilidad. Si bien la formación académica de las parejas está en relación inversa con el deseo del tamaño de la familia, las diferencias son modestas (excepto en el África subsahariana), una vez hechos los ajustes estadísticos apropiados por edad y número de hijos vivos (Naciones Unidas, 1995b). En cambio, los diferenciales de educación en la realización (es decir, la necesidad no satisfecha) son mucho más acusados (por ejemplo, Westoff y Moreno, 1992). Como ilustración visual, en el gráfico 1 se compara la fecundidad real con dos indicadores de fecundidad deseada en el Perú y Kenya. En el Perú, la variación en la fecundidad observada por grado de instrucción de la mujer es mucho mayor que la variación en la fecundidad deseada. La misma tendencia se observa en Kenya, pero mucho menos pronunciada.

La mayor capacidad de las parejas más instruidas de lograr sus preferencias de fecundidad no se debe exagerar. En un análisis de variables múltiples de la probabilidad de tener hijos que no se deseaban en el momento de la concepción, Adetunji (1998) encontró una variedad de efectos de la instrucción materna en 10 encuestas demográficas y de salud. En dos de los tres países de América Latina, se obtuvo el resultado esperado: la probabilidad de tener hijos no deseados disminuía considerablemente con el aumento de la instrucción. Ahora bien, en dos de los cuatro países africanos, así como en Indonesia y Egipto, se encontró el efecto opuesto. Los resultados de las encuestas africanas —Ghana y Kenya, ambas realizadas en 1993— pueden explicarse por el hecho de que esos dos países estaban en una fase relativamente temprana de transición, cuando la puesta en práctica de las preferencias es tentativa y la fecundidad puede aumentar. Además, como se ha demostrado anteriormente, la escolaridad está más íntimamente asociada al deseo de familias más pequeñas en África que en cualquier otro lugar, lo que deja a las parejas instruidas más expuestas al riesgo de tener hijos no deseados. Los resultados de Indonesia (1990) y Egipto

Gráfico 1
Fecundidad observada y fecundidad deseada: Perú y Kenia



Fuente: Naciones Unidas (1995b), Women's education and fertility behaviour: recent evidence from the demographic and health surveys. ST/ESA/SER.R/137.

(1992) no son tan fáciles de explicar, porque en estos países los descensos de fecundidad ya eran normales desde bastante antes de realizarse las encuestas analizadas por Adetunji. Una posible explicación es el error de medición: la justificación posterior del deseo de los nacimientos recientes puede ser más común entre los más instruidos.

Los vínculos distales

Los trabajos de investigación publicados abarcan una multitud de posibles vías subyacentes o distales que vinculan la instrucción de los individuos y las parejas con la fecundidad a través de los factores próximos que se han examinado *supra*. Pueden agruparse en tres categorías generales y coincidentes: cognitivas, psicológicas y económicas.

La forma más obvia en que la instrucción puede influir en la fecundidad de las parejas es darles los medios de adquirir y comprender información correcta sobre la prevención del embarazo y el parto. La alfabetización, en el sentido estricto de saber leer y escribir, no puede ser la única aptitud cognitiva esencial en esta relación. Incluso de 1 a 3 años de estudios por la madre tienen su correspondencia, en algunos países, con una reducción apreciable de la procreación y esta modesta exposición a la enseñanza primaria es rara vez suficiente para garantizar que se aprenderá a leer y a escribir. Sin embargo, incluso unos pocos años de escolaridad pueden mejorar la capacidad de expresarse verbalmente, a saber, la comprensión del lenguaje descontextualizado (es decir, el lenguaje formal distanciado, en el que el significado radica solamente en las palabras y la sintaxis más que en una comprensión contextual compartido). El lenguaje de los maestros de escuela, el personal sanitario y los medios de comunicación está descontextualizado. El trabajo de Levine y otros colaboradores en México, Nepal y Zambia ha demostrado que las mujeres adultas que no han ido a la escuela tienen menos capacidad de comprender los mensajes sobre salud transmitidos por radio en su lengua nativa que las que han cursado la enseñanza primaria, lo

que demuestra de manera contundente que las aptitudes de alfabetización oral adquiridas en la escuela persisten hasta más tarde en la vida en formas que pueden ser importantes para la salud y la anticoncepción (Levine y colaboradores, 1991). Este tipo de investigación tiene el inmenso atractivo de explicar por qué el efecto de la escolaridad es tan ubicuo en los países de ingreso bajo, pese a las grandes diferencias de calidad de la educación e índole de los programas de estudios. La exposición al uso del lenguaje descontextualizado y, en los grados superiores de la enseñanza primaria, la adquisición de la alfabetización impresa, son características universales de todos los sistemas docentes modernos. Las pruebas empíricas confirman que la escolaridad conduce a un mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos, la manera de usarlos y dónde conseguirlos. Al mismo tiempo, muchos estudios han demostrado que la falta de conocimiento no es un grave obstáculo para la adopción y el uso continuado de la anticoncepción. Los factores cognitivos pueden ser importantes, pero no es probable que sean la vía principal.

Con respecto a los factores sociopsicológicos, que a diferencia de los cognitivos pueden actuar de intermediarios entre la escolaridad materna y los determinantes próximos o directos de la fecundidad, las principales posibilidades examinadas en los trabajos de investigación publicados son las siguientes:

Cambios en la valoración de los hijos;

- Mayor autonomía de la mujer en la adopción de decisiones familiares, en particular, con respecto a los objetivos y el control de la fecundidad;
- Identificación más estrecha con las instituciones modernas (en particular el sistema de atención de la salud) y más confianza y aptitudes para acceder a ellas.

El trabajo de Caldwell en África occidental y el sur de la India sugiere que la escolaridad transmite nuevos valores occidentales de la familia nuclear centrada en los hijos, que se traducen en un mayor compromiso con su supervivencia y bienestar (Caldwell, 1982, Caldwell, Reddy y Caldwell, 1985). Esta transformación de valores conduce, inevitablemente, a familias más pequeñas, pero a una mayor inversión en cada hijo, proceso al que se alude generalmente como la renuncia de la cantidad a cambio de la calidad. Aunque es muy plausible, esta tesis se viene abajo porque la escolaridad sólo tiene un efecto relativamente modesto en los indicadores del tamaño de familia deseado, una vez efectuados los ajustes estadísticos apropiados.

La posibilidad de que las madres instruidas disfruten de más poder de adopción de decisiones familiares que las que no tienen estudios ha atraído considerable atención de la investigación, en particular en las sociedades estratificadas por género de Asia meridional. Dado que las mujeres suelen ser responsables de la anticoncepción, una mayor autonomía en este aspecto puede reportar importantes dividendos en términos de capacidad de controlar el número y el espaciamiento de los hijos. La mayor parte de los estudios etnográficos coinciden en señalar que las madres instruidas son objeto de considerable respeto y estima, pero no llegan a un acuerdo en cuanto a la medida en que esta categoría social más alta se traduce en más poder en la adopción de decisiones (Caldwell, Reddy y Caldwell, 1985; Jeffery y Jeffery, 1996; Zeitlyn e Islam, 1997). El posible efecto potenciador de la escolaridad puede desvanecerse frente a la debilidad estructural: la falta de control sobre bienes o ingresos. Además, algunos autores han presentado pruebas de que una exposición modesta a los estudios puede reforzar los valores predominantes de modestia y respeto, en vez de alentar a la mujer a impugnar la autoridad tradicional del marido u otros miembros de edad de la familia.

Otro conjunto de mecanismos socio-psicológicos que relaciona la escolaridad materna con el comportamiento con respecto a la procreación tiene que ver con la identificación con las instituciones modernas y la confianza para relacionarse con ellas. Una vez más, la posible importancia de estos factores para el comportamiento de búsqueda de atención de la salud en general, y el uso de anticonceptivos en particular, es obvia, porque está ampliamente demostrado que con frecuencia hacen falta aptitudes y determinación para acceder a servicios idóneos en muchos entornos de ingresos bajos. El principal acervo de

pruebas proviene de encuestas de gran alcance e indica de manera abrumadora la relación directa entre la escolaridad materna y el comportamiento con respecto a la procreación. No sólo son las parejas más instruidas más propensas a traducir su deseo de posponer o limitar la procreación con prácticas anticonceptivas, sino que también tienden más a utilizar servicios de salud alopáticos para una serie de necesidades, en particular, atención natal y prenatal, inmunización infantil y atención terapéutica. Las pruebas obtenidas de microestudios también suelen indicar una relación directa. En África occidental, Nepal y las zonas rurales del sur de la India se ha comprobado que las madres que han tenido estudios exigen más a los proveedores de salud y reciben servicios de mejor calidad.

La última vía distal posible de influencia se refiere a las mejores oportunidades que pueden tener las madres instruidas de buscar empleo remunerado, lo que aumentaría los costos de oportunidad del matrimonio y la maternidad (Becker, 1991). El saldo de las pruebas, tanto de estudios nacionales como localizados es negativo. El empleo de la mujer no parece ser una variable de predicción importante del comportamiento con respecto a la procreación en algunos países de ingresos bajos y medios, ni tampoco puede atribuirse la relación entre la educación y la fecundidad a las oportunidades de empleo (Naciones Unidas, 1987).

Conclusiones

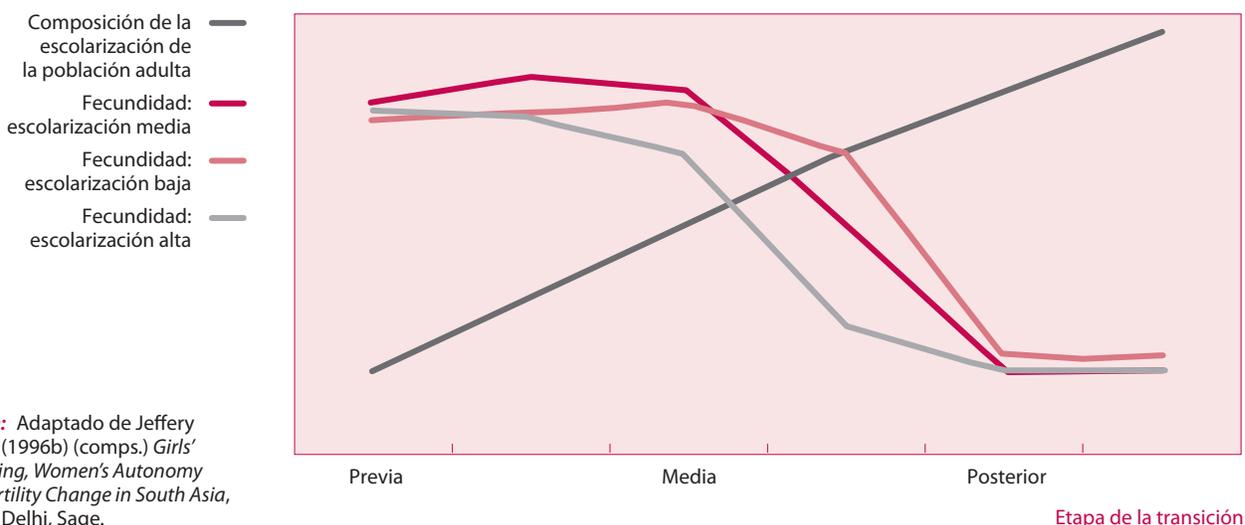
Es posible llegar a un acuerdo respecto de los mecanismos próximos que dan cuenta de la relación inversa entre escolarización y fecundidad que se ha documentado tan ampliamente en estudios de sección transversal. La postergación del matrimonio y la maternidad, junto con la mayor propensión a traducir las preferencias reproductivas en un comportamiento de protección apropiado, son las vías principales. El deseo de familias más pequeñas representa una vía adicional, pero su contribución es relativamente pequeña, excepto en el África subsahariana.

Con respecto a los factores cognitivos, sociopsicológicos o económicos subyacentes, tal vez no se pueda llegar nunca a un acuerdo, porque la investigación necesaria es extraordinariamente compleja y las repuestas dependen del contexto. No obstante, las pruebas disponibles indican que el vínculo decisivo puede ser la capacidad de la escolaridad de conferir una identificación más íntima con instituciones modernas, sobre todo con el sistema de salud, y más confianza para relacionarse con esas instituciones. Este acento interpretativo, de ser correcto, tendría importantes implicaciones. Supone, por ejemplo, que las diferencias reproductivas entre las parejas más instruidas y las no tan instruidas tienen un origen relativamente superficial y mudable. A medida que avanza la modernización de la sociedad y los servicios modernos de anticoncepción y afines dejan de ser algo que se considera ajeno, antinatural y que inspira temor y pasan a formar parte normal de la vida cotidiana, la “ventaja” inicial que brinda la escolaridad se disipa. Para estudiar más a fondo este proceso es necesario examinar la relación en evolución continua a lo largo del tiempo.

LAS RELACIONES ENTRE EDUCACIÓN Y FECUNDIDAD EN EL TRANCURSO DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

La relación entre escolaridad y fecundidad en el transcurso de la transición de la fecundidad se ilustra en el gráfico 2. Antes de iniciarse el descenso, la matrícula escolar y la composición educativa suelen mejorar. Ahora bien, no hay umbral. En algunos países, por ejemplo Bangladesh y Nepal, la fecundidad empezó a disminuir cuando la mayor parte de la población adulta era analfabeta. En otros, como Filipinas y Jordania, se dio el caso inverso: la mayoría de la población había sido escolarizada antes de comenzar el descenso. A medida que avanza la transición de la fecundidad a lo largo de un período de aproximadamente 50 años, el grado de instrucción de la población suele aumentar, aunque, de nuevo, no existen normas fijas. En algunos países de África oriental y meridional la fecundidad sigue cayendo al mismo tiempo que la matrícula escolar.

Gráfico 2
Ilustración del papel de la escolarización en la transición de la fecundidad



Fuente: Adaptado de Jeffery y Basu (1996b) (comps.) *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, Nueva Delhi, Sage.

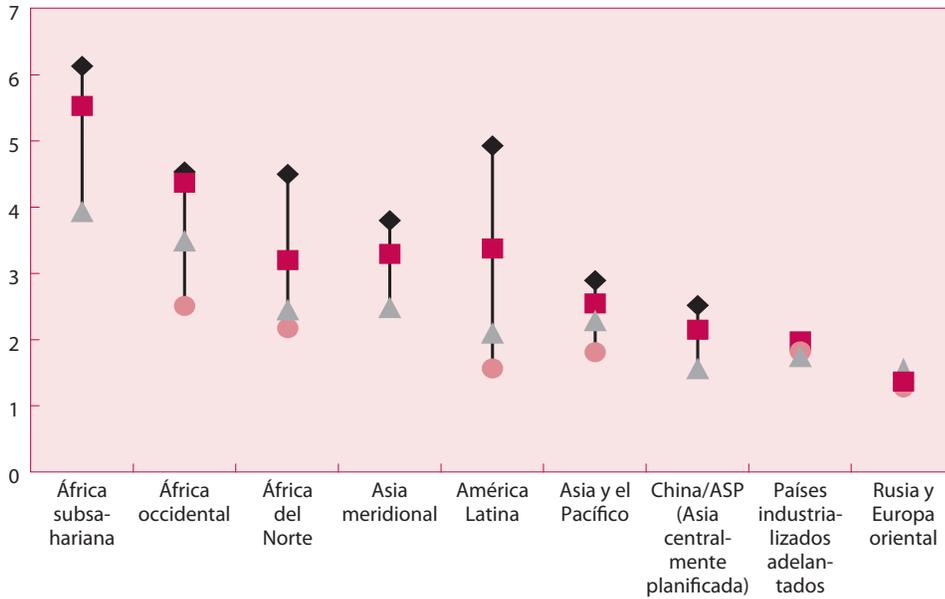
En las sociedades que se encuentran en la etapa previa a la transición, el vínculo entre educación y fecundidad es tenue y diverso. En general, la mayor parte de la población no ha cursado estudios académicos, una proporción moderada ha cursado estudios de enseñanza primaria y una clase selecta reducida tiene estudios de grado más alto. Este último grupo puede registrar una fecundidad más baja, pero la fecundidad del grupo con estudios primarios con frecuencia no es distinta, o es más alta, que la de las parejas no escolarizadas. Ésta era la situación normal en la mayor parte de los países del África subsahariana y en los Estados menos desarrollados de Asia meridional en los años 70 y primeros 80.

Inicialmente, al arraigar el descenso reproductivo, los diferenciales en la fecundidad por escolarización tienden a aumentar a causa del proceso escalonado del cambio. La procreación disminuye primero entre los grupos más instruidos y, por último, entre los menos instruidos. En la última fase de la transición de la fecundidad, estos diferenciales empiezan a reducirse hasta llegar a una convergencia al final de la transición. Así pues, los vínculos pronunciados entre escolarización y fecundidad son un fenómeno pasajero que surge y luego desaparece en el curso de unos pocos decenios.

Este modelo temporal está respaldado por abundantes pruebas. Consideremos el gráfico 3, que muestra diferenciales por escolarización de la mujer en determinadas regiones, que van de las etapas iniciales y medias de la transición, en la izquierda, a las del período posterior a la transición, a la derecha. El vínculo entre escolarización y fecundidad ha desaparecido enteramente en las dos regiones de fecundidad más baja: los países industrializados adelantados de Europa occidental, América del Norte y el Japón y los países del antiguo bloque de la Unión Soviética. En cambio, los diferenciales son todavía grandes en las regiones de fecundidad más alta del África subsahariana, Asia occidental y África del Norte. América Latina es la única región que se aparta apreciablemente de la impresión general de que las divergencias de la fecundidad entre estratos de educación se atenúan en la última fase de la transición. Ahora bien, esta región no es una verdadera excepción. Rodríguez (1996) ha demostrado que en los años 80 ya había comenzado la reconvergencia: en ese decenio, el descenso de la fecundidad de los matrimonios era menor en las parejas donde la mujer había cursado estudios de enseñanza secundaria y mayor en el grupo que no había terminado la enseñanza primaria. La documentación de las tendencias de fecundidad en Chile, entre 1950 y 1980, viene a apoyar de manera convincente el análisis de Rodríguez (Chackiel y Schkolnik, 1996). América Latina es un caso insólito entre las regiones por sus diferenciales educativos en

Gráfico 3
Diferenciales en la fecundidad global por educación de la mujer, fecundidad global, alrededor de 2000, en determinadas regiones

Fecundidad global



- ◆ Sin estudios
- Enseñanza primaria
- ▲ Enseñanza secundaria
- Enseñanza terciaria

Fuente: Adaptado de Lutz y Goujon 2001. The world's changing human capital stock: multi-state population projections by educational attainment. *Population and Development Review*, vol. 27, No. 2, págs. 323-339.

Nota: No se muestran estimaciones por estratos de educación que comprenden menos del 5% de la población femenina adulta.

la fecundidad excepcionalmente grandes en las fases iniciales de la transición, pero se están reduciendo ahora conforme al modelo presentado en el gráfico 2.

El gráfico 2 sugiere que las mejoras en la escolarización de la población adulta pueden ser una fuerza relativamente modesta del descenso de la fecundidad, en particular en la última fase de la transición, cuando las tendencias a la baja en la fecundidad pueden ser más pronunciadas en los estratos de educación más bajos que en los más altos. El cuadro 2 muestra la contribución de la cambiante composición educativa al descenso general entre los años 70 y 90 en un grupo de países. El cuadro muestra las tasas globales de fecundidad observadas para el decenio de 1970, estimadas por los estudios mundiales de fecundidad, las tasas observadas en los años 90, registradas por las encuestas demográficas y de salud, y las tasas de las encuestas demográficas y de salud normalizadas por la composición educativa de la mujer en los estudios mundiales de fecundidad. Se observa una variación notable en la contribución porcentual al descenso de la composición cambiante. En el

Cuadro 2
Tendencias de la fecundidad global entre los decenios de 1970 y 1990: observadas y normalizadas por composición educativa de la mujer

	EMF		EDS		Descenso porcentual atribuible a la composición
	Fecha	TGF observada	Fecha	TGF observada / TGF normalizada	
Kenya	1975	8,25	1997	4,70 / 5,00	8
Jordania	1974	7,64	1989	5,57 / 6,01	21
Marruecos	1978	5,90	1991	4,04 / 4,37	18
Turquía	1976	4,50	1992	2,51 / 3,02	26
Bangladesh	1973	6,08	1998	3,31 / 3,86	20
Filipinas	1976	5,24	1992	4,09 / 4,78	60
Colombia	1974	4,69	1994	2,96 / 3,63	39
Perú	1975	5,57	1995	3,48 / 4,73	60

Perú y Filipinas, el 60% del descenso se puede atribuir a la composición, lo que indica que los niveles reproductivos dentro de los estratos educativos han cambiado muy poco en esos dos países. Ahora bien, más normalmente, la composición sólo da cuenta de cerca del 20% del descenso de la fecundidad, lo que indica claramente que los descensos dentro de los estratos han sido la fuerza predominante del cambio. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio anterior, en el que se encontraron importantes efectos de composición en cinco países latinoamericanos, pero efectos mucho más pequeños en dos países africanos (Naciones Unidas, 1995b).

CONCLUSIÓN

La perspectiva temporal presentada en la sección precedente permite hacerse una idea mucho más clara del posible papel de la escolaridad en los descensos futuros de la fecundidad que la perspectiva de sección transversal más común. El comportamiento con respecto a la procreación de la clase selecta más instruida constituye probablemente una guía del futuro comportamiento del resto de la población. Como se ha dicho muchas veces, las parejas con una sólida instrucción representan la vanguardia del cambio. Las demás las seguirán inevitablemente. Las pruebas históricas sugieren que la convergencia de los estratos educativos se producirá al término de la transición de la fecundidad. Probablemente no hay mejor guía para el pronóstico de la fecundidad en el ámbito nacional que el supuesto de que los estratos menos privilegiados seguirán los pasos de los más privilegiados. Ahora bien, el ritmo al que lo hagan variará mucho de un país a otro.

La segunda lección que se puede extraer de la perspectiva temporal es que la consideración detallada de las tendencias futuras probables en matrícula escolar y composición educativa de la población adulta y su posible efecto en la fecundidad puede ser una mala inversión de tiempo y recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- Adetunji, J. A. (1998). *Unintended Childbearing in Developing Countries: Levels, Trends and Determinants*. Demographic and Health Survey Analytical Reports. No. 8. Calverton, Maryland, Macro International Incorporated.
- Axinn, W. G. (1993). Children's schooling and fertility. *Population Studies*, vol. 47, No. 3, págs. 481-493.
- Becker, G. S. (1991). *A Treatise on the Family*. Edición aumentada. Cambridge: Harvard University Press.
- Caldwell, J. C., P. H. Reddy, y P. Caldwell (1985). Educational transition in rural South India. *Population and Development Review*, vol. 11, No 1, págs. 29-51.
- Caldwell, J. C. (1982). *Theory of Fertility Decline*. Londres: Academic Press.
- Chackiel, J., y S. Schkolnik (1996). Overview of the fertility transition. En *The Fertility Transition in Latin America*, J. M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez y E. A. Pantelides (comps.). Oxford: Clarendon Press, págs. 3-26.
- Cochrane, S. H. (1979). *Fertility and Education. What do we really know?* Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Curtis, S. L., y A. K. Blanc (1997). *Determinants of Contraceptive Failure, Switching, and Discontinuation: An Analysis of DHS Contraceptive Histories*. Calverton, Maryland, EE.UU., Macro International Incorporated. Encuestas demográficas y de salud, informes analíticos No. 6.
- Feyisetan, B., y J. B. Casterline (2000). Fertility preferences and contraceptive changes in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, No. 3, págs. 100-109.
- Jeffery, R., y A. M. Basu (1996a). Schooling as contraception? En *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*, R. Jeffery, y A. M. Basu (comps.). Nueva Delhi, Sage, págs. 15-47.
- Jeffery, R., y A. M. Basu (1996b) (comps.). *Girls' Schooling, Women's Autonomy and Fertility Change in South Asia*. Nueva Delhi, Sage.

- Jejeebhoy, S. J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*. Oxford, Reino Unido: Clarendon Press.
- Kishor, S., y K. Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Encuestas demográficas y de salud, estudios comparativos No. 21. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Levine, R. A., S. E. Levine, A. Richman, F. M. T. Uribe, C. L. Correa y P. E. Miller (1991). Women's schooling and child care in the demographic transition: a Mexican case study. *Population and Development Review*, vol. 17, No. 3, págs. 459-496.
- Lutz, W., y A. Goujon (2001). The world's changing human capital stock: multi-state population projections by educational attainment. *Population and Development Review*, vol. 27, No. 2, págs. 323-339.
- Lutz, W. (comp.) (en prensa). *Population balance: Population Distributions, Human Capital and Sustainable Development in the 21st Century*. Informe preliminar. Laxenburg, Austria, International Institute for Applied Systems Analysis.
- Mboup, G., y T. Shah (1998). *Fertility Levels, Trends and Differentials*. Encuestas demográficas y de salud, estudios comparativos No. 28, Calverton, Maryland. Macro International Inc.
- Naciones Unidas (1987). *Fertility Behaviour in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*. Population Studies No. 100, ST/ESA/SER.A/100. No. de venta E.86.XII.5.
- Naciones Unidas (1995a). *Las Mujeres del Mundo, 1995: Tendencias y Estadísticas*. Nueva York, Naciones Unidas. Estadísticas e Indicadores Sociales, Serie K, No. 12.
- Naciones Unidas (1995b). *Women's education and fertility behaviour: recent evidence from the demographic and health surveys*, ST/ESA/SER.R/137.
- Pritchett, L. H. (1994). Desired fertility and the impact of population notices. *Population and Development Review*, vol. 20, No. 1, págs. 1-43.
- Rodríguez, G. (1996). The spacing and limiting components of the fertility transition in Latin America. En *The Fertility Transition in Latin America*. J. M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez, y E. A. Pantelides (comps.). Oxford, Clarendon Press, págs. 27-47.
- Robinson, W., y J. Cleland (1992). The influence of contraceptive costs on the demand for children. En *Family Planning Programmes and Fertility*, J. F. Phillips y J. A. Ross, comps., Oxford: Clarendon Press., págs. 106-122.
- Tan, J. P., y M. Haines (1984). *Schooling and demand for children; historical perspectives*, Washington D.C., Banco Mundial, documento de trabajo del personal No. 697.
- Westhoff, C. F., y L. Moreno (1992). The demand for family planning: estimates for developing countries. En *Family Planning Programmes and Fertility*, J. F. Phillips y J. A. Ross, comps. Oxford: Clarendon Press, págs. 141-158.
- Zeitlyn, S., y F. Islam (1997). Mother's education, autonomy and innovation. En *Maternal Education and Child Survival*, L. Visaria, J. Simons y P. Berman, comps. Nueva Delhi. Vikas; Publishing House Pvt. Ltd., págs. 204-222.

Participación de la mujer en la fuerza laboral

*Lin Lean Lim**

TENDENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA FUERZA LABORAL Y LA FECUNDIDAD

Uno de los fenómenos más llamativos de los últimos años ha sido la medida en que ha aumentado la participación de la mujer en la fuerza laboral. Esta creciente participación de la mujer en el trabajo remunerado ha impulsado las tendencias de empleo y ha reducido las diferencias de género en la participación en la fuerza laboral. En particular en los años 80 y comienzos de los 90, el crecimiento de la fuerza laboral fue considerablemente mayor para la mujer que para el hombre en todas las regiones del mundo, excepto África. En los países industrializados desarrollados, la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral se ha relacionado con el fin de la transición de la fecundidad. Sin embargo, en muchos países en desarrollo el descenso de la fecundidad ha sido lento o se ha estacionado.

En el gráfico 1a se muestra que para 1980, la fecundidad en la mayor parte de los países industrializados desarrollados ya se acercaba o era inferior a la de reemplazo, de 2,1 hijos por mujer. Las tasas de participación de las mujeres de 25 a 54 años en la fuerza laboral siguieron aumentando en el decenio de 1990, hasta llegar a ser del 60 al 85%, y para finales del siglo la fecundidad era bastante inferior a la de reemplazo. En el gráfico 1b se muestra que los países desarrollados, en los que más aumentaron las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral en los años 80, también tendían a tener los mayores descensos de tasas globales de fecundidad. Para el decenio de 1990, los cambios de las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral (TPMFL) y las tasas globales de fecundidad se producían con más lentitud. En varias de las economías en transición representadas en los gráficos 2a y 2b, la participación económica de la mujer ha ido disminuyendo, en particular en los años 80, pero se ha producido un claro descenso de las tasas de fecundidad, sobre todo en los años 90, en su mayor parte para situarse por debajo del nivel de reemplazo. En el gráfico 3a, en los países de Asia y el Pacífico no se observa una relación clara entre el empleo de la mujer y las tasas globales de fecundidad. Hay casi tantos países con tasas altas de participación de la mujer en la fuerza laboral y tasas altas de fecundidad (por ejemplo, Nepal y Papua Nueva Guinea) como con tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral similarmente altas y tasas globales de fecundidad aproximadamente de reemplazo (por ejemplo, la República Popular Democrática de Corea y Tailandia), y otro grupo de países donde la fecundidad ha descendido por debajo del nivel de reemplazo, pero las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral son sólo de cerca del 60% (Hong Kong y Singapur). En el gráfico 3b tampoco surge una clara relación entre el cambio de la participación de la mujer en la fuerza laboral y el descenso de la fecundidad; los países de Asia y el Pacífico, con escaso aumento de la participación de la mujer mostraron descensos más acusados de las tasas globales de fecundidad que muchos de los países con importantes aumentos de participación de

* Programa de promoción del género (CENPROM), Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza. Asistencia estadística prestada por Sara Elder, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza.

la mujer. En relación con América Latina y el Caribe, el gráfico 4a muestra creciente participación de la mujer en la fuerza laboral y descenso de la fecundidad desde 1980. El cambio en ambas tasas, según se indica en el gráfico 4b, ha sido en general mayor en los años 80 que en los 90. Las mujeres de los países de África del Norte y el Oriente Medio siguen teniendo las tasas de participación en la fuerza laboral más bajas del mundo, pero sus tasas globales de fecundidad han registrado claros descensos, aunque en ningún caso por debajo del de reemplazo (gráfico 5a). Lo que llama la atención en el gráfico 5b es que la tasa de participación de la mujer en la fuerza laboral cayó o cambió muy poco en

Gráfico 1a
Economías desarrolladas (industrializadas), mujeres de 25 a 54 años

Tasa de fecundidad (alumbraimientos por mujer)

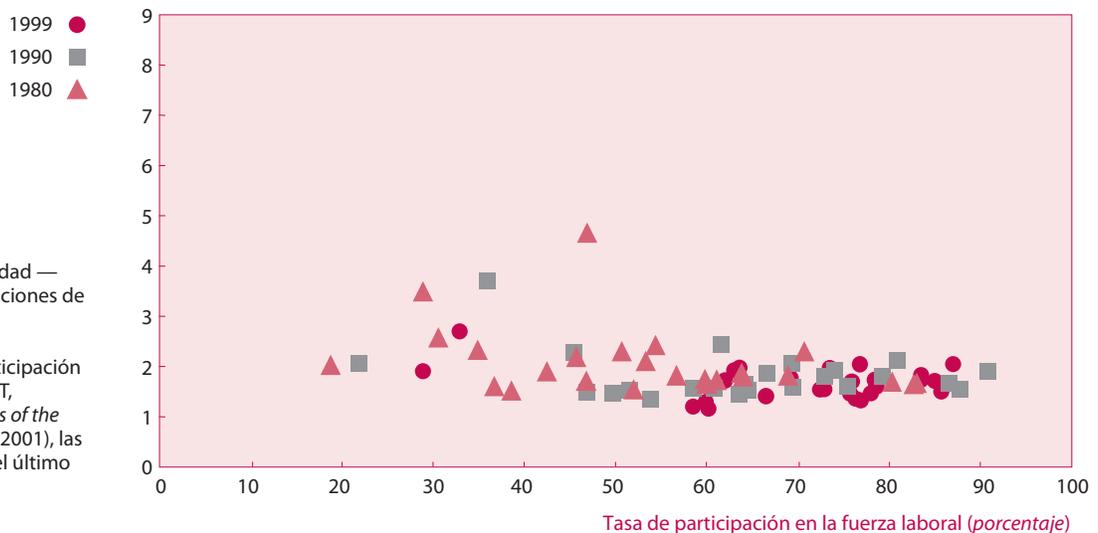
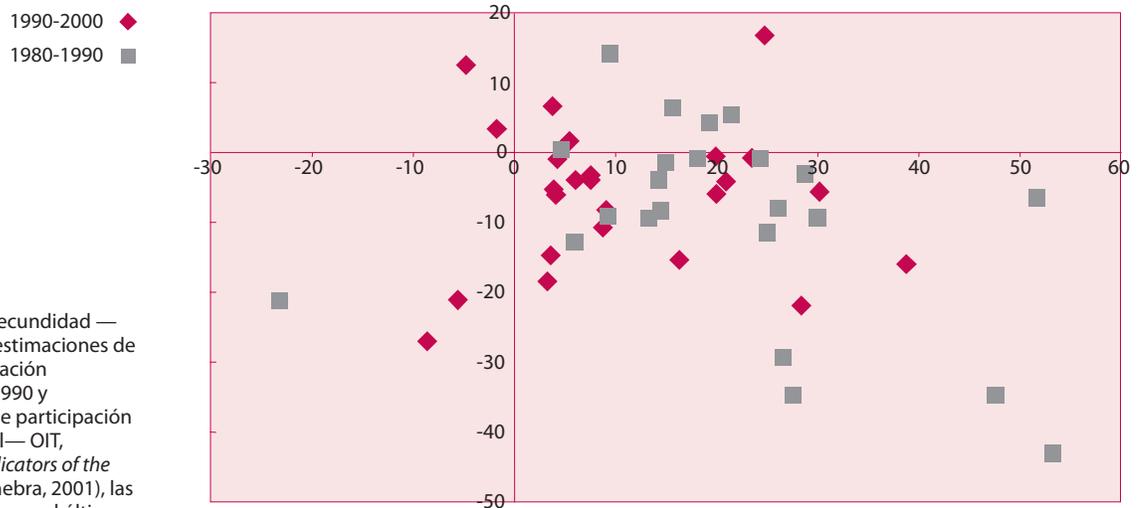


Gráfico 1b
Economías desarrolladas (industrializadas), mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad

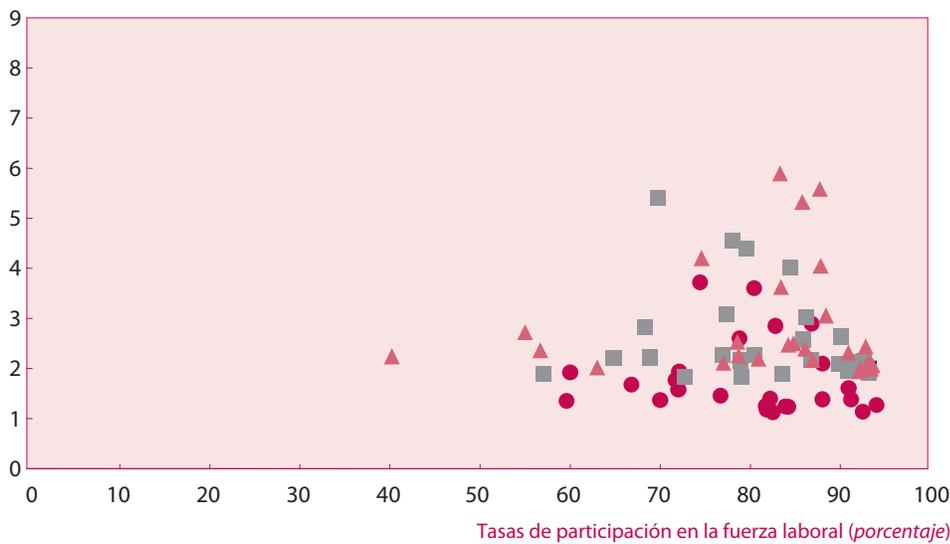


Cambio porcentual en la tasa de participación en la fuerza laboral

la mayor parte de los países de África del Norte y Oriente Medio en los años 90, pero la fecundidad siguió disminuyendo de manera radical. En cambio, las mujeres del África subsahariana, según se indica en el gráfico 6a, tienen tasas muy altas de participación en la fuerza laboral y sus tasas de fecundidad se han mantenido altas e, incluso a finales de los años 90, las tasas globales de fecundidad oscilaban entre 4 y 7 hijos por mujer. En el gráfico 6b se muestra que se ha producido poco cambio porcentual en tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral, en particular en los años 90 y los descensos de la tasa global de fecundidad han sido pequeños.

Gráfico 2a
Economías en transición, mujeres de 25 a 54 años

Tasa de fecundidad (alumbraimientos por mujer)

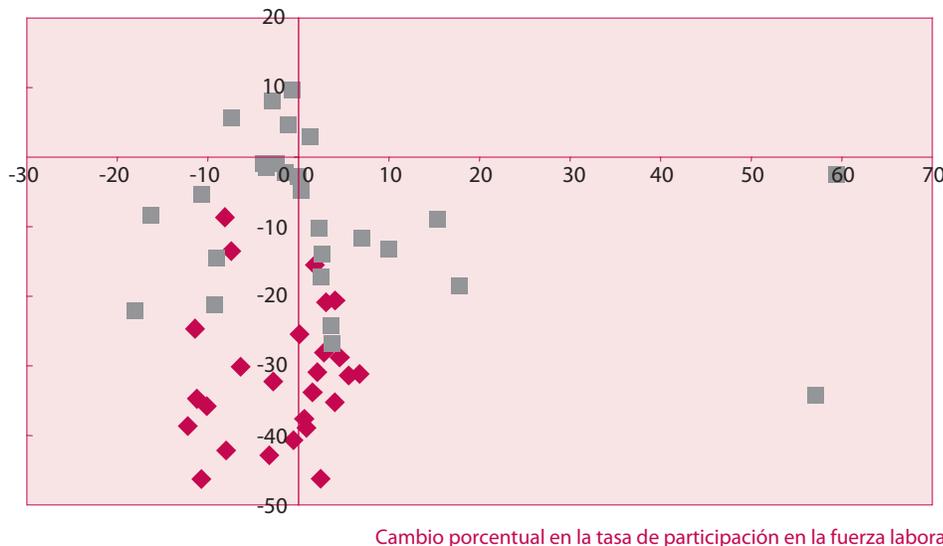


● 1999
■ 1990
▲ 1980

Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral — OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Gráfico 2b
Economías en transición, mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad



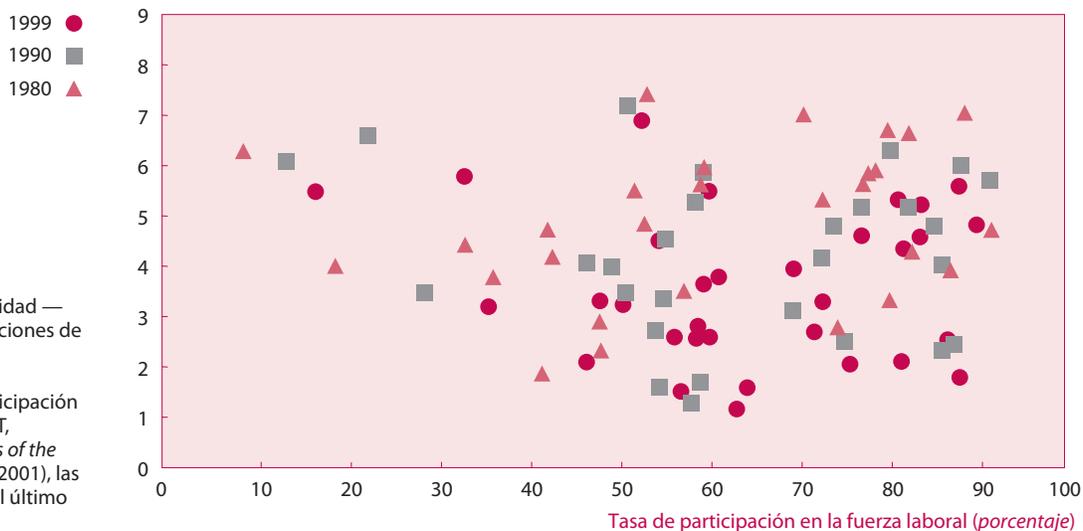
◆ 1990-2000
■ 1980-1990

Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral — OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

En el presente documento se examina la relación difícil o ambigua entre fecundidad y participación de la mujer en la fuerza laboral en los países en desarrollo con fecundidad intermedia (con tasas globales de fecundidad superiores a la de reemplazo e inferiores a 5 hijos por mujer). Su argumento principal, basado en las tendencias y pautas recientes, es que los incrementos de participación en la fuerza laboral no han tenido correspondencia en mejoras en la calidad del empleo y que la clase de empleos que desempeña la mujer y sus condiciones de trabajo no han conducido a su auténtica potenciación económica, no han ofrecido opciones satisfactorias a la procreación o no han supuesto una grave incompatibilidad entre trabajo remunerado y no remunerado. También se señalan otros factores

Gráfico 3a
Asia y el Pacífico, mujeres de 25 a 54 años

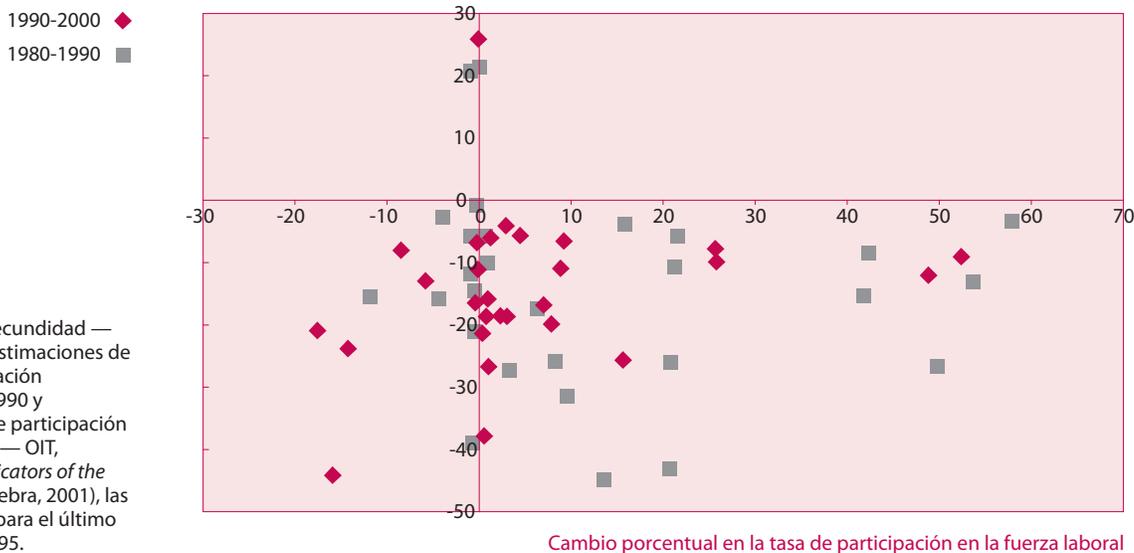
Tasa de fecundidad (alumbramientos por mujer)



Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral — OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Gráfico 3b
Asia y el Pacífico, mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad



Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral — OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

que afectan la relación entre empleo y fecundidad de la mujer, como los contextos socioculturales y macroeconómicos en determinados países. En la última sección se trata de responder a las cuestiones siguientes: ¿cuáles son los indicadores de la participación de la mujer en la fuerza laboral y de las condiciones de trabajo que podrían ser variables de predicción útiles de la fecundidad futura en esos países, y es su correlación probablemente sólida o tenue?, ¿qué otros factores contextuales se deberían considerar al formular hipótesis plausibles de la fecundidad futura en esos países? Sobre la base de estas variables de predicción sugeridas, en el documento no se prevén descensos de la fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo en la mayor parte de estos países.

Gráfico 4a
América Latina y el Caribe, mujeres de 25 a 54 años

Tasa de fecundidad (alumbramientos por mujer)

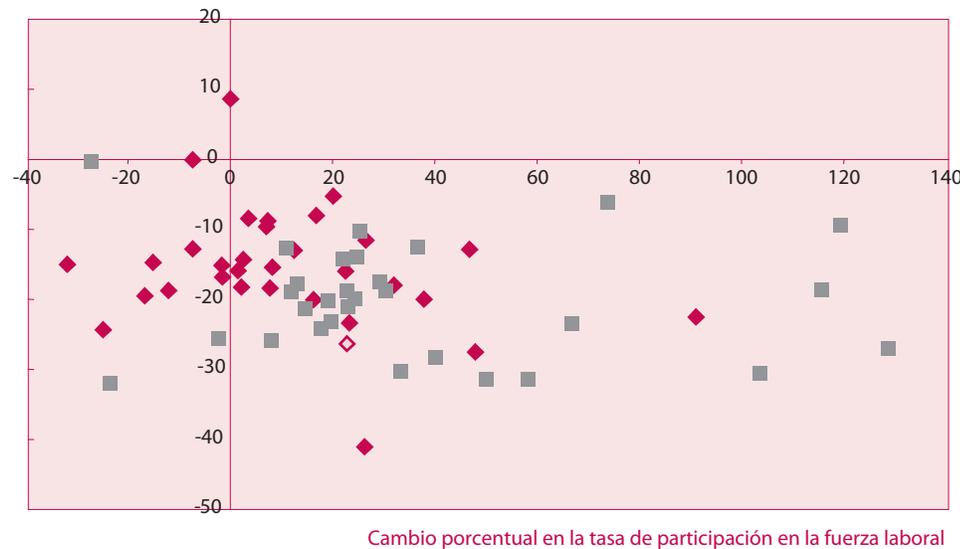


● 1999
■ 1990
▲ 1980

Fuente: Tasa de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Gráfico 4b
América Latina y el Caribe, mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad



◆ 1990-2000
■ 1980-1990

Fuente: Tasa de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Cuándo es inversa la relación

Tal vez convenga empezar por recordar algunas hipótesis importantes que relacionan la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral con el descenso de la fecundidad y considerar la índole del empleo de la mujer que sirve de base a estas hipótesis. Si la experiencia de los países desarrollados industrializados nos puede servir de guía, el empleo de la mujer es probable que conduzca a descensos sostenidos de la fecundidad en los casos siguientes:

a) El empleo de la mujer es capaz de potenciarla o “mejorar su condición”, de manera que pueda tener control sobre el ingreso y los recursos y más voz en la adopción de decisiones familiares, en particular las referentes a la fecundidad;

Gráfico 5a
África del Norte y Oriente Medio, mujeres de 25 a 54 años

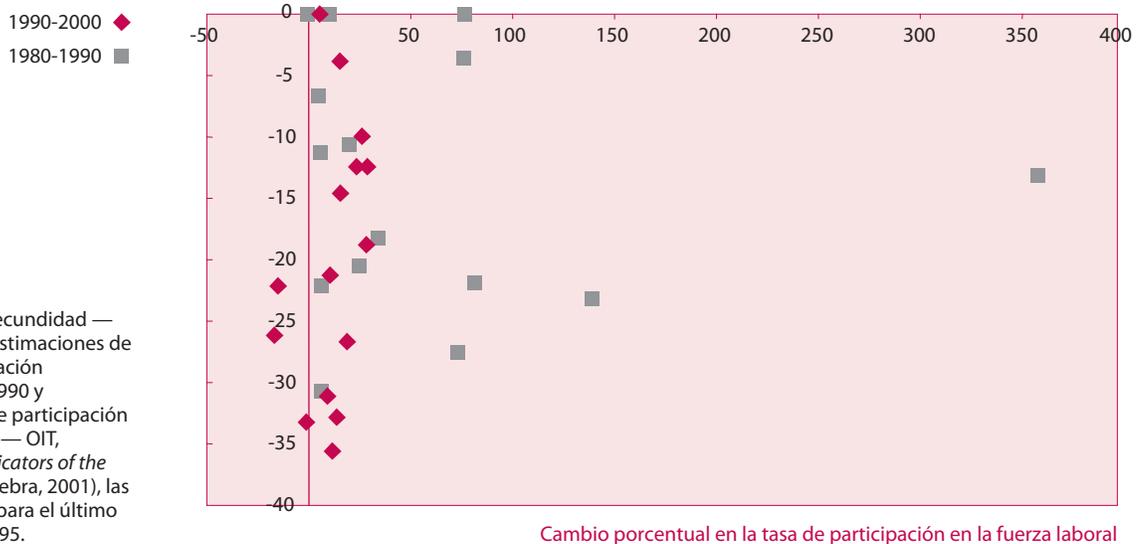
Tasa de fecundidad (alumbramientos por mujer)



Fuente: Tasa de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Gráfico 5b
África del Norte y Oriente Medio, mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad

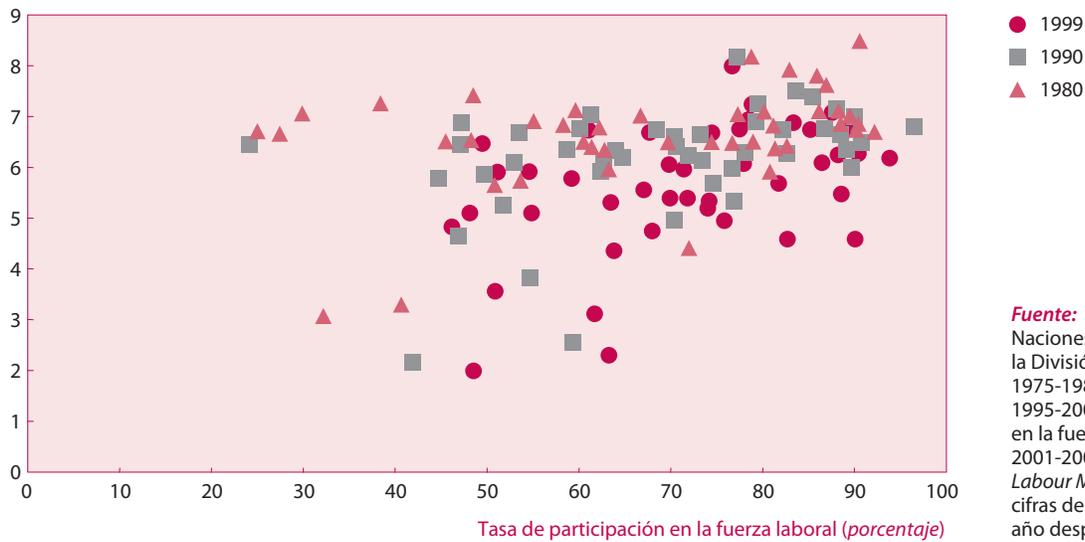


Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

- b) El conflicto entre las funciones productivas y reproductivas de la mujer aumenta considerablemente el costo de oportunidad de tener más hijos;
- c) Los arreglos de atención del niño no son fáciles de conseguir y la intensidad y calidad de la atención del niño deseada limitan gravemente las actividades económicas de la mujer;
- d) Los efectos de interrupción (de un período de retirada de la fuerza laboral para tener y criar a los hijos pequeños) suponen grandes costos;
- e) Los beneficios y las satisfacciones que proporciona a la mujer su participación en las actividades económicas sobrepasan con creces a los que le proporciona el tener más hijos;

Gráfico 6a
África subsahariana, mujeres de 25 a 54 años

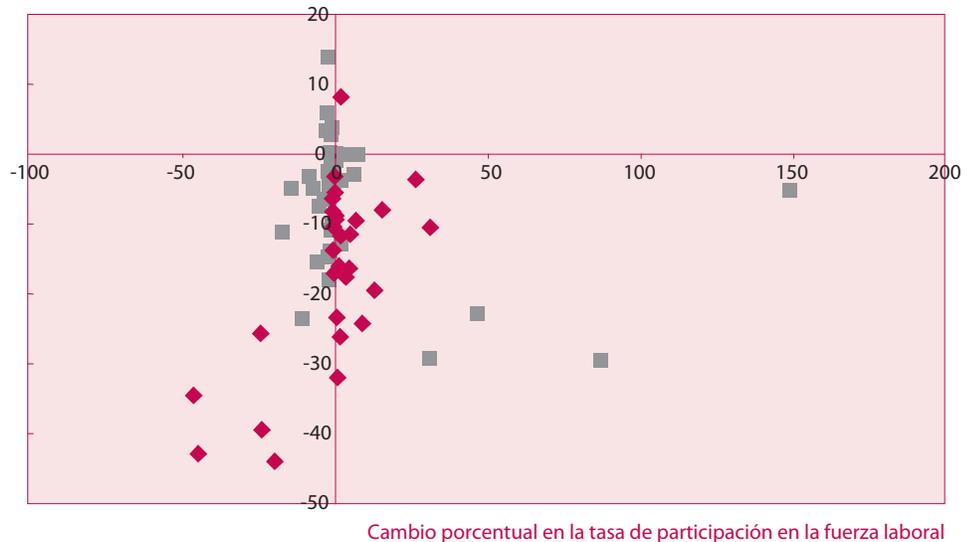
Tasa de fecundidad (alumbramientos por mujer)



Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

Gráfico 6b
África subsahariana, mujeres de 25 a 54 años

Cambio porcentual en la tasa de fecundidad



Fuente: Tasas de fecundidad — Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población 1975-1980, 1985-1990 y 1995-2000; tasas de participación en la fuerza laboral— OIT, 2001-2002, *Key Indicators of the Labour Market* (Ginebra, 2001), las cifras de 1999 son para el último año después de 1995.

f) El empleo y la capacidad de la mujer de ganar un ingreso le da una mayor independencia económica o financiera y reduce la necesidad de tener hijos como medio de seguridad en la vejez o de protección contra condiciones económicas adversas;

g) El papel económico y la contribución de la mujer al bienestar de la familia conducen a una reducción de las preferencias en cuanto al sexo de los hijos y a un cambio de actitudes respecto al valor de las hijas;

h) La creciente participación de la mujer en la fuerza laboral se vincula a una mayor inversión en la educación de las niñas y a un aumento de la edad al contraer el primer matrimonio y tener el primer embarazo; e

i) La mujer trabaja y establece una carrera antes del matrimonio y la edad al contraer el primer matrimonio y tener el primer embarazo aumenta.

La índole del empleo de la mujer o la clase de empleo y las condiciones de trabajo que tienden a potenciar a la mujer, agravan la incompatibilidad de funciones, mejoran su situación y capacidad de adoptar decisiones en la familia, le dan más independencia económica o financiera, limitan la domesticidad o maternidad o le proporcionan otros beneficios y satisfacciones distintos de los que le da el tener hijos se pueden clasificar de la siguiente forma:

a) Empleos remunerados fuera del hogar, en particular en empresas no familiares;

b) Empleos productivos y remunerados en la economía estructurada, más bien que en la no estructurada;

c) Empleos regulares de jornada completa, permanentes y seguros;

d) Horario laboral regular o fijo;

e) Empleos de calidad con claras perspectivas de carrera, que requieren y generan compromiso y brindan otros intereses y resultados distintos de la domesticidad o la maternidad;

f) Empleos dinámicos, no estáticos, que brindan oportunidades de movilidad profesional o geográfica;

g) No discriminación en el mercado de trabajo y mercados de trabajo que no están estrictamente segregados por sexo;

h) Empleos que permiten a la mujer organizarse, aumentar su representación y tener más voz en el lugar del trabajo, la comunidad y la sociedad en general;

i) Empleos que ofrecen a los trabajadores seguridad social, como planes de jubilación; y

j) Empleos que no ofrecen oportunidades al uso de mano de obra infantil.

Cada vez hay más pruebas que confirman que no es la entrada en la fuerza laboral por sí misma sino la auténtica potenciación de la mujer la que está relacionada con la adopción de decisiones sobre la procreación:

“Existen cada vez más evidencias de que la capacidad de las mujeres de disfrutar plenamente de los derechos humanos —en realidad, incluso de exigirlos— está estrechamente vinculada a su potenciación económica. El International Reproductive Rights Research Action Group (Grupo Internacional de Acción para la Investigación de los Derechos de Reproducción) llevó a cabo un estudio sobre las circunstancias en las que las mujeres de comunidades pobres se sienten con derecho a tomar decisiones acerca del matrimonio, la maternidad, la anticoncepción y la sexualidad en siete países: Brasil, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, Malasia, México y Nigeria. Entre sus conclusiones se encuentra que la capacidad de tomar tales decisiones requiere un cierto sentimiento de autonomía personal, que se desarrolla a la vez que la consciencia de que las mujeres pueden por sí mismas proporcionarse un sustento para ellas y sus hijos. Su sentido de la personalidad germina con la maternidad y se nutre con la participación en grupos organizados, pero depende fundamentalmente de la posibilidad de tener ingresos propios.

“Para la mayoría de estas mujeres, su sustento permanece incierto y su autonomía provisional, sujetos ambos a factores ajenos a su control, entre los que se

incluyen los precios siempre al alza y la carga adicional del trabajo de cuidado de la familia como resultado de los recortes en el presupuesto de los gobiernos y la privatización de los servicios sociales. Pero para unas pocas, aquellas que tienen un trabajo remunerado o un pequeño negocio y dinero que pueden considerar suyo, la potenciación económica supone el derecho a imaginar un futuro distinto. Y con él va el valor para enfrentarse a maridos, compañeros, padres y familia política, para ejercer su derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales o quedar embarazadas, para resistirse a la violencia y para tomar decisiones que afecten a la unidad familiar”. (UNIFEM, 2000, pág. 18.)

De los países mencionados en la cita anterior, seis son países con fecundidad intermedia. La tasa global de fecundidad de Nigeria es de más de 5 y sólo los Estados Unidos tiene una fecundidad inferior a la de reemplazo.

EL EMPLEO DE LA MUJER EN LOS PAÍSES CON FECUNDIDAD INTERMEDIA

En los países con fecundidad intermedia se ha registrado, a partir de 1980, una tendencia al aumento de la participación de la mujer en la fuerza laboral (TPMFL) y al descenso de la tasa de participación del hombre, con lo que se ha reducido el diferencial de sexo. Los mayores aumentos de los últimos dos decenios se produjeron en América Latina y el Caribe. La participación de la mujer también ha aumentado en los países en los que ha sido tradicionalmente baja; en el Oriente Medio y África del Norte, la tasa de participación de la mujer en la fuerza laboral aumentó a finales del decenio de 1980, pero bajó en varios países en el de 1990. Sorprende comprobar en el cuadro 1 y los gráficos 1b a 6b que los aumentos en las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral fueron considerablemente más lentos en el decenio de 1990 que en el de 1980.

La mujer ha estado incorporándose en número cada vez mayor en la fuerza laboral para contribuir a la supervivencia de la familia. Los procesos de ajuste estructural, las crisis financieras, los cambios desfavorables de coyuntura económica prolongados y la “feminización de la pobreza” han obligado a un número cada vez más nutrido de mujeres a emprender actividades económicas fuera del hogar. Se suele decir que la mujer representa el 70% de los pobres absolutos y que este porcentaje puede estar aumentando. Lo que también es importante tener en cuenta es que el trabajo realizado por necesidad económica es menos fácil que esté inversamente relacionado con la fecundidad que el que se lleva a cabo por elección o interés intrínseco.

No sólo está la mujer incorporándose en la fuerza laboral en número mucho mayor, sino que está permaneciendo en ella durante sus años de procreación y crianza de los hijos. Ya no constituye una fuerza laboral secundaria o de reserva. En el pasado, y en particular en los países desarrollados, solía prevalecer una norma de “doble cresta”: la mayoría de las mujeres entraban en la fuerza laboral en la veintena, la abandonaban después de unos pocos años para tener y criar hijos y se reintegraban al trabajo hacia el final de su vida fértil. Ahora, las tasas de participación en la fuerza laboral son altas entre las mujeres de 20 a 30 años, aumentan de 30 a 50 y sólo a partir de los 50 empiezan a disminuir. “La evolución en los últimos años indica que las mujeres están hallando la forma de aunar las responsabilidades familiares con el trabajo remunerado” (Naciones Unidas, 2000a, pág. 111). Por supuesto, también podría ser que con la proliferación del empleo y subempleo la competencia por el trabajo es tan intensa y los costos de la participación interrumpida tan altos que las mujeres no se atreven a retirarse de la fuerza laboral, incluso cuando tienen hijos y, sobre todo, si tienen familias numerosas que mantener.

La incompatibilidad de funciones es probable que sea mayor entre las mujeres que tienen un empleo remunerado, menor entre las que están empleadas por cuenta propia y mínima entre las trabajadoras no remuneradas que contribuyen al trabajo de la familia. Excepto en el África subsahariana (con exclusión de Sudáfrica) y Asia meridional, la mayoría de las mujeres que trabajan lo hacen para otro, a sueldo. Muchos de los países

Cuadro 1
Países con fecundidad intermedia: tasas globales de fecundidad y tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral (TPMFL)

Región y país	Tasa global de fecundidad 1980-1985	Tasa global de fecundidad 1995-2000	TPMFL 25-54 1980	TPMFL 25-54 1990	TPMFL 25-54 Último año, decenio de 1990
África del Norte y Oriente Medio					
Argelia	6,4	3,3	20,6	22,0	11,8
Bahrein	4,6	2,6	19,4	35,1	39,1
Egipto	5,1	3,4	6,9	31,6	24,0
Emiratos Árabes Unidos	5,2	3,2	20,4	36,4	39,7
Irán (República Islámica del)	6,5	3,2	21,7	22,6	12,5
Israel	3,1	2,9	49,1	59,0	68,0
Jamahiriya Árabe Libia	7,2	3,8	25,0	22,3	25,3
Jordania	6,8	4,7	15,0	19,9	16,9
Kuwait	4,9	2,9	26,5	47,7	56,6
Líbano	3,8	2,3	21,1	26,1	25,8
Marruecos	5,4	3,4	39,1	41,4	34,5
Qatar	5,5	3,7	17,8	42,3	46,5
República Árabe Siria	7,4	4,0	24,1	25,6	19,5
Sudán	6,0	4,9	32,3	26,6	33,1
Túnez	4,9	2,3	19,4	33,6	27,0
África subsahariana					
Botswana	6,0	4,4	81,6	76,6	63,8
Cabo Verde	6,3	3,6	33,0	46,7	50,9
Ghana	6,7	4,6	88,5	89,8	90,0
Kenya	7,5	4,6	83,0	82,1	82,6
Lesotho	5,6	4,8	53,7	51,9	68,0
Reunión	2,9	2,3	40,6	59,3	63,3
Sudáfrica	4,6	3,1	48,4	54,7	61,7
Swazilandia	6,0	4,8	45,5	44,8	46,4
Asia y el Pacífico					
Bangladesh	5,3	3,8	76,8	73,5	60,6
Brunei Darussalam	3,8	2,8	32,7	54,6	58,4
Filipinas	5,0	3,6	51,5	54,7	59,0
India	4,5	3,3	52,5	46,3	47,7
Indonesia	4,1	2,6	50,7	50,5	58,5
Malasia	4,2	3,3	45,5	49,0	50,2
Mongolia	5,7	2,7	81,8	84,7	71,3
Myanmar	4,7	3,3	72,4	72,1	72,3
Nepal	5,5	4,8	58,8	58,5	89,2
Timor Oriental	5,4	4,4	82,3	81,6	81,3
Turquía	4,2	2,7	47,0	36,0	32,9
Viet Nam	4,5	2,5	78,1	85,7	86,2
Oceanía					
Fiji	3,8	3,2	18,4	28,1	35,3
Guam	3,1	4,0		69,0	
Papua Nueva Guinea	5,4	4,6		76,7	76,6
América Latina y el Caribe					
Argentina	3,2	2,6	34,6	36,8	54,0
Bahamas	3,2	2,4	70,2	78,8	81,8
Belize	5,4	3,4	23,6	28,8	42,5
Bolivia	5,3	4,4	42,0	27,3	69,8

Región y país	Tasa global de fecundidad 1980-1985	Tasa global de fecundidad 1995-2000	TPMFL 25-54 1980	TPMFL 25-54 1990	TPMFL 25-54 Último año, decenio de 1990
<i>América Latina y el Caribe (continuación)</i>					
Brasil	3,6	2,3	36,5	51,1	63,2
Chile	2,7	2,4	33,3	41,7	48,8
Colombia	3,7	2,8	24,7	57,4	72,7
Costa Rica	3,5	2,8	31,0	38,2	46,9
Ecuador	4,7	3,1	23,9	33,5	64,0
El Salvador	4,5	3,2	48,8	65,1	57,2
Guatemala	6,3	4,9	29,5	31,2	51,6
Guyana	3,3	2,5	29,3	43,9	47,1
Guyana Francesa	3,6	4,1		65,5	
Haití	6,2	4,4	70,0	53,3	65,5
Honduras	6,0	4,3	35,1	40,0	55,0
Jamaica	3,6	2,5	60,5	84,8	78,5
México	4,2	2,8	31,6	34,5	44,8
Nicaragua	6,2	4,3	40,9	50,1	42,5
Panamá	3,5	2,6	44,4	42,3	55,9
Paraguay	5,3	4,2	35,8	58,9	40,1
Perú	4,6	3,0	28,2	35,6	68,5
República Dominicana	4,2	2,9	34,2	41,0	47,6
Suriname	3,7	2,2	35,8	41,2	45,9
Uruguay	2,6	2,4	43,5	59,5	71,5
Venezuela	4,0	3,0	38,3	49,7	53,5
<i>Economías en transición</i>					
Albania	3,4	2,6	74,7	77,4	78,8
Kirguistán	4,1	2,9	87,9	84,5	86,8
Tayikistán	5,5	3,7	83,3	69,8	74,4
Turkmenistán	4,8	3,6	85,8	78,1	80,4
Uzbekistán	4,7	2,9	87,8	79,6	82,8

Fuente: Tasas globales de fecundidad: Naciones Unidas, estimaciones de la División de Población. Tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral: OIT, 2001a.

con fecundidad intermedia no tienen estadísticas sistemáticas sobre el estado del empleo desglosadas por sexo, pero donde existen, los datos sugieren una tendencia al descenso de la proporción de empleadas y un aumento consiguiente en otros estados de empleo donde el conflicto con la procreación y crianza de los hijos es menor. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, la proporción de trabajadoras asalariadas entre la población laboral femenina descendió del 76% al 71% en Belice entre 1993 y 1999, del 69% al 65% en la República Dominicana de 1991 a 1997, del 48% al 43% en Bolivia entre 1990 y 1996, del 84% al 77% en Panamá entre 1992 y 1999 (OIT, 2001a, págs. 92-96). Esta tendencia se espera que continúe en la mayor parte del mundo, ya que cada vez es mayor el número de mujeres que no puede encontrar empleo remunerado en la economía estructurada y tiene que recurrir a la no estructurada, o a trabajar por cuenta propia o como trabajadora familiar no remunerada.

Incluso entre las trabajadoras asalariadas aumenta el número de las que tienen trabajos no regulares o atípicos. Mientras que los hombres tienen más probabilidad de ser contratados para cargos básicos o regulares y mejor remunerados, las mujeres cada vez más son contratadas para desempeñar trabajos secundarios, inseguros, menos valorados, como trabajadoras a domicilio, trabajadoras eventuales e intermitentes. En el contexto de la globalización y especialización flexible en relaciones de empleo y producción, cada vez son más las mujeres que están siendo subcontratadas como trabajadoras industriales fuera de la empresa, que a menudo trabajan en su propio hogar. Otra importante y creciente fuente de empleo de la mujer está relacionada con los rápidos adelantos en las teleco-

municaciones, que han permitido trasladar trabajos de registro de datos, mecanografía y servicios auxiliares de oficina y contestadores de los países desarrollados a los países en desarrollo. En países como la India, Sudáfrica y en el Caribe, aumenta el número de mujeres que trabajan para una empresa radicada en otro país, en estas “oficinas traseras” y centros de llamadas, que a menudo son su propio hogar.

Estas diversas formas de trabajo no regular o atípico se suelen caracterizar por una remuneración muy baja, ingresos irregulares, falta de seguridad o seguridad mínima del trabajo o del ingreso y falta de protección social, y no se puede esperar que ofrezca una opción satisfactoria a los hijos. Es muy importante que las pruebas disponibles sugieren que el trabajo a domicilio (bien a cuenta propia o a cuenta de otro) es una importante y creciente fuente de empleo en todo el mundo, en particular para las mujeres, y que las mujeres que se dedican a este tipo de trabajo no sólo están en mejor situación de combinar el trabajo y las responsabilidades familiares, sino que también son más propensas a usar mano de obra infantil. En particular, cuando trabajan con arreglo a un subcontrato a destajo o con fechas de entrega muy apuradas, las mujeres suelen usar mano de obra infantil. Por ejemplo, en la India, de los 5 millones de obreros que se calcula que trabajan en la industria del *beedi* (enrollar tabaco), el 90% son mujeres que trabajan en su hogar, a las que se paga una cantidad ínfima por unidad —tienen que enrollar 1.000 *beedis* al día para ganar aproximadamente 1 dólar— y que usan menores, sobre todo niñas, para que las ayuden.

Si los países con fecundidad intermedia siguen la tendencia de los países industrializados desarrollados, también tenderán a un creciente aumento del empleo a jornada parcial. En los Estados Unidos y el Reino Unido, donde el horario normal de trabajo se ha reducido y se ha producido un brusco aumento de los trabajos a jornada parcial, la relación inversa entre la tasa de participación de la mujer en la fuerza laboral y la fecundidad se ha debilitado (Standing, 1983, pág. 534). El trabajo a jornada parcial es, definitivamente, dominio de la mujer; en los países para los que se dispone de datos, más de la mitad, cuando no de las dos terceras partes, de los trabajadores a jornada parcial son mujeres. Además, en el caso de las mujeres, el trabajo a jornada parcial es cada vez más involuntario; constantemente aumenta el número de mujeres que trabaja menos horas de las que desearían. Tanto la hipótesis de incompatibilidad de funciones como la de potenciación económica serían entonces menos pertinentes.

Una tendencia importante ha sido el aumento del empleo autónomo entre las mujeres (y los hombres), en particular las que no han conseguido un trabajo remunerado. Por ejemplo, la proporción de trabajadoras autónomas entre las mujeres que trabajan en sectores distintos de la agricultura se duplicó en el África subsahariana (excluida Sudáfrica), del 44% en 1970 al 90% en 1990. La proporción también aumentó en África del Norte, América del Sur, Asia meridional y Europa oriental y meridional (Naciones Unidas, 2000a, pág. 117). Muchas de las trabajadoras autónomas están en la microempresa y la pequeña empresa en vez de en las grandes empresas. Es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres trabajar por cuenta propia que ser patronos y estar en la economía no estructurada que en la estructurada. Las pruebas disponibles sugieren que el trabajo por cuenta propia se debe más a la necesidad que a la elección y que quienes trabajan por necesidad económica tienen una fecundidad más alta que quienes trabajan porque ése es su deseo.

En algunos de los países, las mujeres todavía se concentran en la categoría de trabajo familiar no remunerado. Según los últimos datos disponibles, entre las mujeres económicamente activas, la proporción de las que contribuyen al trabajo familiar es de más del 77% en Bangladesh, el 44% en Indonesia, el 56% en Kenya y el 23% en Egipto. En el caso de estas mujeres, el trabajo familiar no remunerado entrañaría actividades económicas y el cuidado de los niños (OIT, 2001a, págs. 92-97).

En relación con el aumento del empleo por cuenta propia de la mujer, se ha producido un crecimiento de la economía no estructurada y es esta característica la que probablemente tendrá importantes repercusiones en la tendencia al descenso de la fecundidad. Los datos, donde se dispone de ellos, indican que la economía no estructurada ha estado creciendo no

sólo en los países en desarrollo, sino también en los países desarrollados y en transición. En la India e Indonesia, la economía no estructurada absorbe a nueve de cada 10 mujeres que no trabajan en el sector agrícola, el 83% en Kenia, el 40% en Túnez, el 30% en Sudáfrica, el 74% en Bolivia, el 67% en el Brasil, el 44% en Chile y Colombia, el 48% en Costa Rica, el 69% en El Salvador, el 65% en Honduras, el 55% en México, el 41% en Panamá y el 47% en Venezuela (Naciones Unidas, 2000a, pág. 122). La mayoría de las mujeres (y de los hombres) se han ido incorporando en la economía no estructurada por no haber encontrado empleo o no haber podido abrir un negocio en la economía estructurada y no poder estar totalmente desempleadas. Pero la economía no estructurada, por estar al margen de los marcos jurídico y reglamentario, se suele caracterizar por una gran vulnerabilidad. Los trabajadores tienen, si acaso, una protección social mínima y están excluidos de la infraestructura y las prestaciones públicas, o tienen un acceso limitado a ellas. Los trabajadores de la economía no estructurada rara vez están organizados para su eficaz representación y tienen escasa voz, o no tienen ninguna, ni en el lugar de trabajo ni en el foro sociopolítico. El empleo no estructurado es normalmente inestable e inseguro, con jornadas muy largas e intensa presión para entregar los pedidos a muy corto plazo, seguidas de períodos “inactivos” en espera de nuevos pedidos y, por tanto, sólo proporciona ingresos inestables e inseguros. El porcentaje de trabajadores pobres es mucho mayor en el sector no estructurado que en el estructurado y la pobreza es más frecuente entre las mujeres que trabajan en la economía no estructurada que entre los hombres. Donde hay trabajo de menores es en la economía no estructurada.

Otros aspectos que pueden explicar por qué la reciente participación de la mujer en la fuerza laboral en esos países no es probable que contribuya a potenciarlas o a mejorar su situación, y, por tanto, tampoco es probable que tenga un efecto importante en la reducción de la fecundidad, incluyen la segmentación del mercado laboral, la segregación ocupacional por sexo y la discriminación en el mercado laboral. La información del sector de un dígito muestra que la mujer todavía se concentra en los sectores de funciones tradicionalmente asociadas a su género, en particular los servicios sociales, personales y comunitarios, mientras que los hombres acaparan los empleos mejor remunerados en el sector de servicios financieros, comerciales e inmobiliarios. En el sector industrial, las mujeres se dedican casi exclusivamente a la manufactura, mientras que los hombres trabajan en la construcción y los servicios públicos (OIT, 2001a, pág. 721). La segregación ocupacional por sexo ha disminuido en general durante los últimos dos decenios, pero se sigue practicando extensamente en todo el mundo y ha permanecido prácticamente inalterada en la mayor parte de los países de Oriente Medio y África del Norte (Anker, 1998, pág. 412). “La segregación ocupacional es más perjudicial para la mujer que para el hombre, sobre todo dadas las características de las ocupaciones típicamente femeninas. Las ocupaciones de la mujer están ‘relativamente mal remuneradas, ofrecen relativamente poca seguridad laboral y tienen relativamente poca autoridad o limitadas oportunidades de carrera’ además de estar infravaloradas socialmente” (Naciones Unidas, 2000a, pág. 128). Cuando la segmentación del mercado laboral sigue siendo fuerte y las mujeres están excluidas de los trabajos de carrera o tienen poca movilidad profesional y no pueden satisfacer sus aspiraciones de situación, pueden tratar de mejorar su autoestima y situación social a través de la maternidad. Por otra parte, en mercados de trabajo fuertemente segmentados, la mujer puede tener menos oportunidades de encontrar un futuro esposo, lo que puede repercutir en un retraso de la edad al contraer matrimonio.

El hecho de que la discriminación por razones de género sigue siendo intensa en el mercado de trabajo también se puede ver de otras maneras: “Muchas mujeres con aptitudes y experiencia comparables a las del hombre se enfrentan a diferencias salariales y se encuentran en una posición de inferioridad en lo que respecta a los ingresos y a la movilidad en la carrera en el sector estructurado. Aún no se ha logrado plenamente el objetivo de igual remuneración para la mujer y el hombre por igual trabajo o trabajo de igual valor. En los lugares de trabajo persisten la discriminación por razones de género en la contratación y los ascensos y en la discriminación por embarazo, lo que incluye la realización de pruebas de embarazo, así como el hostigamiento sexual. En algunos países, las leyes nacionales aún

no reconocen a las mujeres derechos plenos y equitativos respecto de la propiedad de la tierra y otras formas de propiedad, incluso a través del derecho de herencia. En la mayor parte de los casos, el adelanto profesional sigue siendo más difícil para la mujer” (Naciones Unidas, 2000b, párrafo 20).

OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE LA MUJER Y LA FECUNDIDAD

En esta sección se examina brevemente el efecto que otros importantes factores, en particular la etnia y la religión, las políticas gubernamentales, las normas socioculturales y la migración, es probable que tengan, directa o indirectamente, en el empleo de la mujer y la fecundidad en el futuro. Los ejemplos se han tomado sobre todo de tres países de distintas regiones del mundo: Malasia, Nicaragua y la República Unida de Tanzania. En Malasia, la combinación de raza, religión, política y economía en las políticas gubernamentales de acción afirmativa de acuerdo con la etnia ha sido una de las principales explicaciones de la transición de la fecundidad. El caso malayo también indica que el creciente integrismo religioso puede ser una importante variable de predicción de la fecundidad futura. Nicaragua es un ejemplo del efecto de la migración internacional autónoma de la mujer en la fecundidad. Otros países que están enviando a gran número de mujeres al extranjero en busca de empleo, sobre todo en el servicio doméstico, incluyen Indonesia, Filipinas y Bangladesh. Aunque la República Unida de Tanzania no figura en la lista de países con fecundidad intermedia (su tasa global de fecundidad actual es de 5,5), se incluye aquí para demostrar que donde persisten fuertes normas socioculturales, como en gran parte del África subsahariana, la participación de la mujer en la fuerza laboral suele tener escaso efecto en los niveles altos de fecundidad.

El caso malayo es interesante porque, pese a un desarrollo socioeconómico extraordinariamente rápido y aumento de las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral, la transición de la fecundidad se ha desacelerado y se ha mantenido por encima de 3,3 hijos por mujer. Varios estudios han demostrado que aun después de tener en cuenta las características socioeconómicas, demográficas y residenciales, los diferenciales de fecundidad persisten entre los tres grupos étnicos principales del país y que la etnia parece ser un determinante importante de los diferenciales de fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido más rápido entre la población china, seguida de la india, pero el descenso de la fecundidad malaya “tocó fondo” a comienzos del decenio de 1980 (aproximadamente al mismo tiempo que empezó a cobrar ímpetu el resurgimiento del integrismo islámico) e incluso ha dado señales de aumentar desde entonces. La extrapolación lineal de las tendencias de fecundidad de los años 80 conducen al pronóstico de que los chinos alcanzarán la fecundidad de nivel de reemplazo alrededor de 1995 y los indios alrededor de 2000, que la fecundidad de esos dos grupos continuará descendiendo por debajo del nivel de reemplazo y que el ritmo de descenso de la fecundidad malaya será mucho más lento, de manera que los diferenciales étnicos de fecundidad aumentarán (Lim, Jones y Hirschman, 1987, pág. 423). Ahora bien, los últimos datos del Censo de Población de 2000 indican que la fecundidad tanto china como india todavía no ha alcanzado niveles de reemplazo (ahora son de 2,57 y 2,55, respectivamente) y que la fecundidad malaya sigue siendo de 3,62 (Malasia, 2001, pág. 88). Dado que los malayos representan ahora el 66% de la población total de Malasia (frente a apenas más de la mitad en el decenio de 1970), el rumbo que tome la fecundidad malaya determinará en alto grado la tasa total del país en general.

Aun después de hacer los ajustes necesarios por las características socioeconómicas, demográficas y residenciales, persisten los diferenciales de fecundidad entre malayos, chinos e indios y la “etnia” parece ser un determinante importante. El factor étnico en Malasia ha estado claramente sujeto a la influencia de la nueva política económica del gobierno malayo, que entró en vigor en 1970 y ha favorecido las oportunidades de educación, movilidad profesional y geográfica y de ganar un ingreso de la población malaya frente a otros grupos étnicos y ha influido directamente en los costos y valores relativos de los hijos. Al asegurar la oportunidad de empleo y educación de los niños malayos mediante un sistema

de cuotas, becas y otros subsidios financieros, la nueva política económica redujo los costos y aumentó el valor de los hijos para los padres malayos. Estas políticas tenían el efecto opuesto en los padres chinos e indios. La nueva política económica ha sido sustituida por una política activa para establecer una comunidad comercial e industrial bumiputra, que todavía favorece la reestructuración del empleo en Malasia para aumentar el número de profesionales, administradores y trabajadores malayos capacitados en varias ocupaciones y sectores. Esta política de acción afirmativa del gobierno seguirá influyendo en la forma en que las distintas comunidades étnicas ven los costos y beneficios de los hijos.

La religión y la ortodoxia religiosa también representan un importante aspecto de la etnia y, dado que los malayos son todos musulmanes, la influencia de la religión islámica en particular se debe examinar. Si bien la aplicación de la nueva política económica sirvió para mejorar la situación de las mujeres malayas frente a las de otros grupos étnicos, el movimiento integrista religioso parece haber tenido el efecto opuesto, al rebajar su situación frente a los hombres de su propia estirpe. Un estudio (Lim, 1990) basado en datos de una serie de encuestas realizadas a mediados del decenio de 1980 mostró que el porcentaje de mujeres malayas que trabajaban fuera del hogar no era muy distinto del de las mujeres de grupos de chinos e indios no musulmanes y no indicaba la existencia de restricciones que impidieran a las mujeres malayas trabajar en los sectores laborales que las hubieran expuesto a estar en contacto con los hombres. Pero en relación con los otros grupos étnicos, las mujeres malayas se enfrentaban a las mayores objeciones por parte del marido y estaban más limitadas en sus intentos de asumir funciones económicas fuera del hogar. También eran menos propensas a confiar en poder mantenerse financieramente por sí mismas, mucho menos mantener a sus hijos, pese a percibir un ingreso medio por su trabajo superior al de las mujeres chinas o indias. La censura de la soltería y la importancia que concede el Islam a casar a la mujer a edad muy temprana para protegerla de la conducta sexual reprochable o de la sospecha de tal conducta eran evidentes en la edad comparativamente precoz al contraer matrimonio, incluso cuando el grado de instrucción ha ido aumentando. Además de la creciente presión que se ejerce sobre los musulmanes para que sean más estrictos en la observancia de los preceptos de su religión, la intrusión de la religión en la política, el establecimiento de comunas que tratan de emular el orden del Islam y los intentos en algunos estados de establecer la *syariah* como base de la legislación íntegra del país, el movimiento *dakwah* también ha llevado a un creciente número de mujeres malayas a adoptar la vestimenta tradicional y a cubrirse la cabeza. También se observaron pruebas de la persistencia de normas de alta fecundidad entre mujeres malayas y un claro descenso del uso de anticonceptivos para finales del decenio de 1980. Todavía queda por ver si continuará el integrismo religioso en el nuevo contexto mundial que ha surgido después del 11 de septiembre, y sus consecuencias para las mujeres malayas y su comportamiento de fecundidad, pero la terminación de la transición de la fecundidad en Malasia no parece vislumbrarse en el horizonte.

Nicaragua es un ejemplo de país donde la migración internacional autónoma de la mujer en busca de empleo ha sido un factor importante del descenso de la fecundidad. Según las estimaciones, cerca de un millón de nicaragüenses, o aproximadamente el 20% de la población total del país, ha emigrado a otros países. Las mujeres representan cerca del 49% del total de emigrantes y la mayoría va a Costa Rica a trabajar en el servicio doméstico o en actividades comerciales. Una encuesta reciente (OIT, 2001d) ha revelado que la emigración femenina está relacionada con más frecuencia que la emigración masculina con la disolución del matrimonio y que las mujeres emigrantes que todavía están casadas desean un tamaño de familia más pequeño que las mujeres que no emigran. También es digno de mención que las mujeres emigrantes afirmaron que la razón principal de tener hijos es satisfacer sus necesidades emotivas y realizarse como mujeres —tener ayuda en el hogar y apoyo en la vejez se mencionaba en segundo lugar. En países como Nicaragua, incluidos Filipinas, Indonesia y Bangladesh, donde cada vez más mujeres emigran con contratos de trabajo, cabe esperar que continúe el descenso de la fecundidad al menos hasta el nivel de reemplazo.

La República Unida Tanzania es un ejemplo de país donde las normas socioculturales propician una fecundidad alta y donde esas normas no es fácil que cambien rápidamente,

en particular en un entorno donde las funciones productiva y reproductiva van de la mano y la participación de la mujer en la fuerza laboral, en general, no ha servido para potenciarla. “La mujer de Tanzania, como las mujeres de otros lugares del África subsahariana, está orientada a la maternidad. Tradicionalmente, se espera que una mujer se case pronto y tenga muchos hijos. A las niñas se les enseña, desde muy tierna edad, a desempeñar papeles de madre, ama de casa y productora. La situación social de una mujer se mide en gran parte por su capacidad de procrear y mantener a sus hijos. Las niñas aprenden pronto a cuidar de sus hermanos y a comerciar y trabajar en el campo como sus madres, hermanas, tías y abuelas” (OIT, 2001e, pág. 20). La tendencia en cuanto a participación de la mujer en la fuerza laboral en la República Unida Tanzania ha sido de aumento del desempleo desde 1985, concentración en el sector agrario, donde el número de mujeres sobrepasa al de hombres, y en la economía no estructurada, donde se dedican principalmente a actividades de tipo de supervivencia y donde sus bajos ingresos las obligan en muchos casos a reclutar a sus hijos para suplir el ingreso familiar. El trabajo para estas mujeres es cuestión de supervivencia y continúan deseando familias numerosas. El número de hijos que se considera ideal sigue siendo seis. Las niñas son valiosas para obtener una dote y ayudar en las tareas domésticas, mientras que con los niños se cuenta para prestar apoyo en la vejez y perpetuar el nombre de la familia. Una encuesta realizada recientemente entre mujeres trabajadoras en la República Unida Tanzania confirmó que el apoyo en la vejez es la principal razón de la fecundidad alta —“Necesito muchos hijos para que alguno pueda cuidarme cuando sea vieja” (OIT, 2001e, pág. 96). El valor de los hijos también se confirma por la creencia de que un hijo que ha muerto debe ser reemplazado.

LA TERMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD: QUÉ INDICADORES DE EMPLEO DE LA MUJER PUEDEN SER VARIABLES DE PREDICCIÓN IMPORTANTES

Cada vez parece menos probable que las tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral por sí mismas tengan una relación significativa con las futuras tasas de fecundidad global en los países con fecundidad intermedia. El supuesto de que en el proceso de desarrollo socioeconómico un número creciente de mujeres tiene empleo asalariado de jornada completa, permanente, en el sector moderno no resiste el escrutinio. Para predecir la probable dirección de la fecundidad en esos países sería más conveniente disponer de indicadores concretos de calidad del empleo de la mujer y de sus condiciones de trabajo. A continuación se citan algunos indicadores y se hacen algunas conjeturas sobre la forma en que pueden afectar la fecundidad futura:

a) *Situación en el empleo*: Un aumento considerable de la proporción de empleo asalariado no parece probable. En muchos de los países, el gran salto, en cuanto a situación en el empleo de la mujer, estaba vinculado al establecimiento de zonas de elaboración de productos de exportación e industrias fabriles de uso intensivo de mano de obra en los decenios de 1970 y 1980. Pero con el transcurso del tiempo y los nuevos requisitos de aptitudes en muchas de las zonas, se está contratando a hombres en vez de a mujeres y la proporción de mujeres empleadas tiende a bajar (como ha sucedido en las *maquiladoras* de México). Más importante aún es que, con la intensa competencia mundial y la especialización flexible, en los países pobres lo más probable es que las mujeres sean subcontratadas para trabajar para cadenas comerciales mundiales de productos básicos y de descuento y estén en la categoría de trabajo autónomo o por cuenta propia. El trabajo autónomo y por cuenta propia es menos probable que tenga una fuerte relación inversa con la fecundidad que la situación de empleado.

b) *Tasas de desempleo manifiesto*: Una característica importante es que los trabajos y la capacidad de ganar un ingreso de la mujer tienden a una mayor inseguridad. Las mujeres suelen tener tasas más altas de desempleo, y en particular de subempleo y desempleo encubierto, que los hombres y les es más difícil reincorporarse al empleo una vez

que pierden su trabajo. Por ejemplo, a finales del decenio de 1990, las tasas de desempleo manifiesto de mujeres y hombres, respectivamente, eran del 5,1% y el 3,3% en Indonesia, del 9,7% y el 6,0% en las Bahamas, del 14,3% y el 11,9% en la Argentina, del 11,6% y el 7,2% en el Brasil, del 23,3% y el 17,2 en Colombia, y del 14,5% y el 8,8% en Nicaragua. Entre 1990 y 1997 la tasa de desempleo de la mujer aumentó entre 2 y 5 puntos porcentuales en África del Norte, Centroamérica y América del Sur y Europa oriental y occidental. Las mujeres jóvenes, en particular, tienen tasas muy altas de desempleo manifiesto. Por ejemplo, en Filipinas en 1998, la tasa era del 19,3% entre las mujeres de 15 a 24 años, frente al 13,6% entre los hombres del mismo grupo de edad y el 5,3% entre las mujeres de 25 a 54 años. Si la garantía de seguridad en la vejez o en circunstancias difíciles es una razón por la que las mujeres tienen hijos, se podrá conjeturar que este motivo será cada vez más importante en las condiciones de creciente desempleo e inseguridad del ingreso.

c) *Trabajo en la economía estructurada o no estructurada.* La economía no estructurada ha generado el grueso de los nuevos trabajos en la mayoría de estos países, si no en todos ellos, y la situación no es probable que cambie en el futuro próximo. La relación entre empleo en la economía no estructurada y la fecundidad es recíproca (las mujeres que trabajan en la economía no estructurada suelen tener una fecundidad más alta que las que están en la economía estructurada y las mujeres con alta fecundidad pueden verse forzadas a trabajar en el sector no estructurado en vez de hacerlo en el estructurado). Tanto en el ámbito nacional como en el internacional se han intensificado los esfuerzos por mejorar la protección jurídica y social y la organización y representación de los trabajadores del sector no estructurado (por ejemplo, el debate general de la Conferencia Internacional del Trabajo de este año girará en torno al tema Trabajo digno y la economía no estructurada). El éxito de estos esfuerzos puede tener algún efecto en las decisiones sobre la fecundidad, pero dadas las dificultades y la magnitud de la economía no estructurada en la mayoría de estos países, probablemente tardaría mucho tiempo en dejarse sentir.

d) *Sector de empleo:* La relación inversa entre participación en la fuerza laboral y fecundidad tiende a ser más evidente entre las empleadas en el sector industrial y menos, o incluso a desaparecer, entre las empleadas en los sectores agrícola o de servicios. De hecho, varios estudios han apuntado a la existencia de una relación directamente proporcional entre el trabajo de la mujer en la agricultura y la fecundidad. En los países con importantes sectores agrícolas, la proporción de empleo de la mujer sigue siendo alta; en muchas zonas, las mujeres han suplantado a los hombres en la agricultura. Las tendencias indican sólo un descenso lento en la proporción del empleo total correspondiente a la agricultura y aumentos en el sector de servicios más que en el industrial.

e) *Ubicación del empleo:* Cada vez es más común el trabajo realizado en el hogar, a causa de los sistemas de subcontrata y producción industrial, así como la propagación de la tecnología de la información y las comunicaciones. Se ha observado una tendencia al traslado de los trabajos de los países industrializados a los países en desarrollo, en particular el personal de “oficinas traseras” ubicadas en centros de llamadas o dedicado al registro y elaboración de datos. Los trabajos están controlados por las mujeres, que si bien pueden beneficiarse de la nueva independencia que les da la ubicación del trabajo, también pueden sentir “el aislamiento y la exclusión de las opciones de carrera”; en el mejor de los casos, una nueva cultura de trabajo, más informal y atractiva puede ser el resultado, pero en peores circunstancias, los centros de llamadas son formas de “talleres de explotación de la era digital” (OIT, 2000b, pág. 7). Las mujeres que realizan su trabajo en su propio hogar pueden tener más facilidades de compaginar el trabajo y las responsabilidades familiares, pero también pueden desear hijos para compensar la baja condición social y el aislamiento de su trabajo. El aislamiento del trabajo a domicilio o el trabajo en la microempresa y en la pequeña empresa (que se examina más adelante) también puede significar que las mujeres tienen menos probabilidades de contar con el apoyo de normas de grupo para cambiar su comportamiento de fecundidad.

f) *Segregación ocupacional:* La segregación por sexo de las ocupaciones está cambiando, pero lentamente, por lo que no es probable que tenga efectos de importancia en la

reducción de la fecundidad. De hecho, la segregación ocupacional no sólo refuerza los estereotipos femeninos comunes, como el de la mujer dócil, atenta y que trabaja a domicilio, sino que los puede transmitir a la generación siguiente, porque las oportunidades inferiores y limitadas que el mercado de trabajo ofrece a la mujer “hacen que muchas familias, y muchas mujeres, no inviertan lo suficiente en la educación, capacitación y experiencia de la mujer” (Anker, 2001, pág. 151).

g) Tamaño de la empresa: La mayor parte de los nuevos trabajos se han creado en la micro y la pequeña empresa, no en las grandes empresas. Por ejemplo, en América Latina, en el decenio de 1990, sólo una tercera parte del aumento neto del trabajo en el empleo urbano del sector privado se produjo en empresas con más de 20 trabajadores, y la mayor parte de esos trabajos tenían que ver con las actividades menos productivas y de salarios más bajos (OIT, 2001c, págs. 28-29). En la India, se ha intensificado la feminización del empleo en las unidades de producción en pequeña escala, que son en realidad anexos de grandes compañías. Una relación inversa entre el empleo de la mujer y la fecundidad es más probable en las grandes compañías, en particular las multinacionales. En las micro y pequeñas empresas la relación no es clara o no existe.

h) Trabajo de menores: La contribución de los niños a la fuerza de trabajo familiar y, en particular, al ingreso de la familia, siempre ha sido una importante razón de la fecundidad alta. Según una estimación, el número de niños trabajadores en todo el mundo ha disminuido de aproximadamente 250 millones a cerca de 211 millones, puede esperarse que continúe disminuyendo considerablemente. La campaña mundial contra el trabajo de menores está teniendo efecto, al menos en el número de niños que van a la escuela en vez de estar realizando trabajos peligrosos. Un calendario para la eliminación del trabajo infantil se ha puesto en marcha en El Salvador, Nepal, la República Unida de Tanzania y se está extendiendo a otros países, entre ellos Filipinas. El calendario, a cuya ejecución se han comprometido los gobiernos nacionales, incluye un componente para ofrecer a los padres otros medios de vida a cambio de enviar a sus hijos a la escuela. En estos países disminuirá el valor de los hijos como niños trabajadores.

i) Migración en busca de empleo: Cada vez es más frecuente la migración autónoma de la mujer, tanto interna como internacional, por razones de empleo. Las oportunidades de migración masculina con contrato laboral han mermado, pero todavía existen muchas oportunidades para las mujeres trabajadoras migrantes, en particular empleadas de hogar, “animadoras”, vendedoras, empleadas de hoteles y restaurantes y trabajadoras en cadenas de producción en serie. Ahora bien, los datos estadísticos son difíciles de conseguir y donde se dispone de ellos están probablemente subestimados porque, en gran parte, la migración no está documentada. Las mujeres que deciden migrar interna o internacionalmente por motivos económicos, son más propensas a casarse a una edad más avanzada que las que permanecen en su lugar de origen. La experiencia de la migración autónoma y la exposición al trabajo y las condiciones de vida en zonas urbanas o en otros países tienden a influir en la actitud de las mujeres jóvenes respecto a la postergación del matrimonio y la formación de la familia. Para las mujeres migrantes que ya están casadas, el tipo de trabajo que van a desempeñar con mucha probabilidad no permitirá que tengan a sus hijos con ellas. Un dato importante es que la disolución del matrimonio es mucho más común cuando es el hombre, en vez de la mujer, quien se queda detrás en un caso de migración.

j) Otras variables de predicción: También es importante tener en cuenta el hecho de que cada vez son más los gobiernos y organizaciones sindicales y patronales que están adoptando diversas medidas para permitir a las mujeres (y a los hombres) conciliar mejor el trabajo y las responsabilidades familiares. La legislación y las reglamentaciones del código de trabajo brindan cada vez más protección, prestaciones y licencias a la mujer, licencia por el nacimiento de un hijo (con apropiadas garantías de empleo) para permitir tanto a hombres como a mujeres dejar el trabajo por una temporada para cuidar de los hijos, tener arreglos de horarios flexibles, servicios e instalaciones para el cuidado del niño, etc. En países tan diversos como Bangladesh, Bolivia, Colombia, el Ecuador, Egipto, Filipinas, la República Islámica del Irán y la República Árabe Siria, los patronos

están obligados por ley a prestar servicios de guardería en empresas que tengan más de un número determinado de empleados (OIT, 1994, págs. 31-35). Incluso en las zonas rurales, la legislación laboral prevé el establecimiento de guarderías para los hijos de las trabajadoras en el sector agrario estructurado. En la economía no estructurada, en las zonas tanto rurales como urbanas, han surgido numerosas iniciativas de grupos populares de mujeres, organizaciones no gubernamentales, asociaciones cívicas o comunitarias para establecer servicios sociales destinados a facilitar la conciliación del trabajo y las responsabilidades familiares. En estas circunstancias, se puede esperar que la hipótesis de incompatibilidad de funciones vaya perdiendo pertinencia gradualmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Anker, Richard (2001). Theories of occupational segregation by sex: An overview. En *Women, Gender and Work*, Martha F. Loufti, com., Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, págs. 129-156.
- _____ (1998). *Gender and Jobs Sex Segregation of Occupations in the World*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (2000). *El progreso de las mujeres en el mundo 2000*. Informe Bienal de UNIFEM. Nueva York.
- Lim, Lin Lean (1990). The impact of Islam on female status and fertility in Malaysia, *Malaysian Journal of Economic Studies*, vol. XXVII, Nos. 1 y 2, págs. 1-25.
- _____, Gavin W. Jones y Charles Hirschman (1987). Continuing fertility transitions in a plural society: ethnic trends and differentials in Peninsular Malaysia, *Journal of Biosocial Science*, vol. 19, págs. 405-425.
- Malaysia Economic Planning Unit (2001). *Eighth Malaysia Plan 2001-2005*. Kuala Lumpur.
- Naciones Unidas (2000a). *The World's Women 2000 Trends and Statistics*. ST/ESA/STAT/SER.K/16. Nueva York.
- _____ (2000b). *Resolución aprobada por la Asamblea General: Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing*. Vigésimo tercer período extraordinario de sesiones 2000, A/RES/S-23/3.
- Oficina Internacional del Trabajo (2001a). *Key Indicators of the Labour Market 2001-2002*. Ginebra.
- _____ (2001b). *Informe sobre el empleo en el mundo 2001: La vida en el trabajo en la economía de la información*. Ginebra.
- _____ (2001c). *El Programa Global de Empleo*. Ginebra.
- _____ (2001d). *Household Study of Nicaraguan Women who have Emigrated to Costa Rica seeking Employment*. Informe final preparado por Milagros Barahona Portocarrero y Sonia Agurto. Managua.
- Oficina Internacional del Trabajo, Programa de promoción del género (2001e). *National Report for Promoting the Linkages between Women's Employment and the Reduction of Child Labour*. Dar es Salaam.
- Oficina Internacional del Trabajo (1994). *El trabajo en el mundo 1994*. Ginebra.
- Standing, Guy (1983). Women's work activity and fertility. En *Determinants of Fertility in Developing Countries, Volume, 1 Supply and Demand for Children*, Rodolfo A. Bulatao y Ronald D. Lee, comps. Nueva York, Academic Press, págs. 517-546.

Opiniones y políticas gubernamentales respecto al crecimiento demográfico y la fecundidad en países con fecundidad intermedia

*División de Población**

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se analizan las opiniones y políticas gubernamentales respecto al crecimiento demográfico y la fecundidad y sus determinantes, en países con fecundidad intermedia; es decir, aquellos cuya tasa de fecundidad global es de menos de 5 hijos por mujer, pero superior a la de reemplazo. Los datos utilizados en el documento proceden de una variedad de fuentes: respuestas oficiales de los gobiernos a las encuestas de población de las Naciones Unidas, informes nacionales, declaraciones oficiales en conferencias de población y material facilitado por agencias gubernamentales y la prensa mundial. Los datos analizados abarcan el cuarto de siglo transcurrido de 1976 a 2001, que corresponde, aproximadamente, al período comprendido entre la adopción por los gobiernos del Plan de Acción Mundial sobre Población en Bucarest, en 1974, y la adopción en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, en 1999, de medidas clave para impulsar la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Se examinan algunas tendencias generales en las opiniones y políticas gubernamentales en todo el mundo y en las regiones menos desarrolladas. Ahora bien, el presente documento se concentra, en particular, en los 67 países con fecundidad intermedia, en los que reside actualmente el 43% de la población mundial. Este grupo incluye a los países más populosos y los principales contribuyentes a la natalidad: Bangladesh, el Brasil, Egipto, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán, México, Filipinas, Sudáfrica, Turquía y Viet Nam, así como algunos de los países bastante pequeños del Caribe y Oceanía. Varios de los países con fecundidad intermedia han experimentado un rápido descenso de la fecundidad (por ejemplo, Argelia, Bahrein, Brasil, Indonesia, República Islámica del Irán, Kuwait, Líbano, México, Mongolia, Suriname, Túnez, Uzbekistán y Viet Nam), mientras que en otros, el descenso ha sido más gradual (como en Argentina, Bolivia, Botswana, Fiji, Ghana, Guatemala, Haití, Israel, Lesotho, Nepal, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Samoa, Sudán, Swazilandia, Uruguay y Vanuatu). En muchos de esos países, ha existido un firme compromiso político a la formulación de una política de población y planificación de la familia durante decenios. En otros, el gobierno no ha tenido una función tan importante y no tenía una política expresa de población. En el presente documento se examinan algunas características y peculiaridades comunes de las políticas nacionales de fecundidad.

* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

LAS OPINIONES GUBERNAMENTALES

El crecimiento de la población

Como resultado de los adelantos médicos, junto con las medidas de salud pública y la consiguiente reducción espectacular de las tasas de mortalidad que hemos presenciado después de la Segunda Guerra Mundial, las tasas de crecimiento de población, en particular en las regiones menos desarrolladas, alcanzaron niveles sin precedentes en la segunda mitad del siglo XX. Algunos de los primeros países en expresar el temor de que el rápido aumento de las tasas de población estaba dando al traste con sus perspectivas de alcanzar sus objetivos socioeconómicos fueron la India, el Pakistán y la República de Corea en Asia, y Egipto en África. Algunos de estos países ya tenían una gran densidad de población, que en la República de Corea era de 206 habitantes por kilómetro cuadrado y en la India de 109, en 1950. Aunque Egipto es un país de una gran extensión, con una densidad de población de tan sólo 22 habitantes por kilómetro cuadrado, casi toda su población (más del 90%) se concentra en el Valle del Nilo y su fértil delta y en la costa mediterránea.

En 1976, dos años después de la adopción del Plan de Acción Mundial sobre Población, más de una tercera parte de los gobiernos del mundo y el 41% de las regiones menos desarrolladas consideraban que su tasa de crecimiento era demasiado elevada. Esa proporción era particularmente alta entre los países de América Latina y el Caribe (48%). Para 2001, la persistencia de las altas tasas de crecimiento de población seguía siendo una cuestión de preocupación política en la mayor parte de los países del mundo en desarrollo. La proporción de gobiernos de las regiones menos desarrolladas que consideran demasiado altas sus tasas de crecimiento aumentó gradualmente hasta llegar al 54% en 2001.

En 1976, el 53% de los gobiernos de países con fecundidad intermedia estimaban que su tasa de crecimiento era demasiado alta. Esta proporción bajó al 46% en 1986, antes de aumentar de nuevo al 51% en 2001 (véanse los cuadros 1 y 2). En 2001, de los 42 países con una tasa global de fecundidad de 2,1 a 3,5 hijos por mujer, un 38% consideraban su tasa de crecimiento de población demasiado alta. En cambio, en los 25 países con una tasa global de fecundidad entre 3,5 y 5, esta proporción era del 72% (véase el cuadro 2).

Mientras que en Asia y Oceanía la proporción de gobiernos que opinaban que su crecimiento de población era demasiado alto disminuyó entre 1976 y 2001, en América Latina y el Caribe se mantuvo prácticamente inalterada. En cambio, en los países africanos, aumentó continuamente de 1976 a 1996 y a partir de entonces se mantuvo estable. Sólo dos países de África consideran satisfactorias sus tasas de crecimiento de población: Jamahiriya Árabe Libia y Túnez. Actualmente, los países con fecundidad intermedia que consideran su crecimiento de población demasiado alto comprenden casi todos los de África (85%), el 46% de los de Asia y Oceanía y el 40% de los de América Latina y el Caribe.

La mayoría de los países de Asia y Oceanía consideraban su tasa de crecimiento de población demasiado alta durante el cuarto de siglo comprendido entre 1976 y 2001. En el decenio de 1990, Jordania y Tayikistán también pasaron a compartir esta opinión sobre sus propias tasas de crecimiento. En cambio, los primeros en cambiar de opinión y estimar que su crecimiento era satisfactorio fueron Fiji y Mongolia, a los que más tarde se sumaron Malasia, Qatar y Uzbekistán. De los nueve países con fecundidad intermedia de Asia occidental, cinco consideran su tasa de crecimiento demográfico satisfactoria e Israel la considera no satisfactoria, por ser demasiado baja. El objetivo principal de la política de población israelí es aumentar el tamaño de la población. El aumento de la tasa de crecimiento de población se estimula con la adopción de medidas destinadas a aumentar la fecundidad y la inmigración. Kuwait consideraba su tasa de crecimiento de población satisfactoria a comienzos del decenio de 1990, pero a finales del decenio su opinión no era tan clara. A juicio del gobierno, la tasa de crecimiento de los nacionales kuwaitíes era satisfactoria y la de los no nacionales, demasiado alta.

La fecundidad

En los países con fecundidad intermedia, la proporción de gobiernos que estimaban que su fecundidad era demasiado alta descendió del 61% en 1976 al 44% en 1986, y, después de volver a subir al 60% en 1996, se estabilizó en un 57% en 2001 (véanse los cuadros 3 y 4). En el grupo de 42 países con TGF entre 2,1 y 3,5 hijos por mujer, el 45% consideraban la fecundidad demasiado alta en 2001. En cambio, entre los 25 países con TGF entre 3,5 y 5 hijos por mujer, el 76% dijeron que la fecundidad era demasiado alta (véase el cuadro 4).

A partir de 1976, la proporción de gobiernos que consideraban su fecundidad demasiado alta ha disminuido entre los países con fecundidad intermedia de Asia y Oceanía y de América Latina y el Caribe. Algunos países cambiaron de opinión respecto a su fecundidad de demasiado alta a satisfactoria —dos países de Asia y Oceanía (Bahrein y Fiji), y cuatro en América Latina y el Caribe (Chile, Colombia, Costa Rica y Panamá). En cambio, la proporción de los que consideran la fecundidad demasiado alta ha aumentado en África desde 1976. Tres países africanos han cambiado de opinión sobre su fecundidad, que ha pasado de satisfactoria a demasiado alta —Argelia, Cabo Verde y Sudán. En 2001, la proporción de gobiernos que consideraban su fecundidad demasiado alta era del 46% en Asia y Oceanía, el 52% en América Latina y el Caribe y el 92% en África. Actualmente, la Jamahiriya Árabe Libia es el único país africano con fecundidad intermedia que admite estar satisfecho con su fecundidad.

La proporción de los países con fecundidad intermedia que opinan ahora que su fecundidad es satisfactoria es alta en Asia occidental (56%), donde sólo dos países, Jordania y Turquía, consideran su fecundidad demasiado alta. En cambio, Israel ha mantenido su opinión inquebrantable de que su fecundidad es demasiado baja. Los Emiratos Árabes Unidos también han cambiado de opinión y ahora estiman que su fecundidad es demasiado baja. El Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos ha expresado su inquietud por el desequilibrio demográfico del país, en particular, por la baja tasa de fecundidad de las mujeres nacionales. En su alocución en una conferencia de una asociación de mujeres, celebrada en 2001 para fomentar la procreación entre las familias nacionales de los Emiratos Árabes Unidos y alentarlas a tener más hijos, el jeque Humaid se refirió al actual desequilibrio demográfico como el reto principal de la sociedad, con consecuencias económicas, culturales, sociales y de seguridad. Instó a todas las instituciones de la sociedad a elaborar planes eficaces para remediar este desequilibrio.

Dos tercios de los países con fecundidad intermedia de América del Sur consideran su fecundidad satisfactoria y el Uruguay incluso la ve como demasiado baja. Sólo el Ecuador, el Paraguay y el Perú opinan que es demasiado alta.

La planificación de la familia y la salud reproductiva

Las opiniones de los gobiernos respecto a la planificación de la familia han cambiado considerablemente a lo largo de los últimos tres decenios. Desde la adopción del Plan de Acción Mundial sobre Población en la Conferencia de Bucarest de 1974, cada vez son más los gobiernos que han reconocido que su intervención puede retrasar el crecimiento de población. En las conferencias internacionales siguientes, de 1984 y 1994, la mayor parte de los gobiernos ha reiterado la necesidad de establecer programas eficaces de planificación de la familia para retrasar el crecimiento de población y promover la salud.

Los Gobiernos de la India y de otros muchos países han juzgado importante incorporar la planificación de la familia en los programas de salud materno-infantil. La elaboración de programas de planificación de la familia desde de una perspectiva de salud se ha reforzado en el ámbito internacional en los años 90. Los Gobiernos de la República Islámica del Irán y de algunos otros países declararon que los programas de planificación de la familia deben permitir a las parejas decidir cuántos hijos desean, en vez de servir de medio de reducción de la población. Estos gobiernos propusieron asimismo que los pro-

Cuadro 1
Opiniones y políticas gubernamentales sobre el crecimiento de población

País	Opinión sobre el crecimiento de población			
	1976	1986	1996	2001
África				
África oriental				
Kenya	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
África del Norte				
Argelia	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Egipto	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Jamahiriya Árabe Libia	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Marruecos	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Sudán	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Túnez	Demasiado alta	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria
África meridional				
Botswana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Lesotho	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Sudáfrica	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Swazilandia	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
África occidental				
Cabo Verde	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Ghana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Asia				
Asia oriental				
Mongolia	Demasiado baja	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Asia centromeridional				
Bangladesh	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
India	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Irán (República Islámica del)	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Kirguistán	..	..	Satisfactoria	Satisfactoria
Nepal	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Tayikistán	..	..	Satisfactoria	Demasiado alta
Turkmenistán	..	..	Satisfactoria	Satisfactoria
Uzbekistán	..	..	Demasiado alta	Satisfactoria
Asia sudoriental				
Brunei Darussalam	..	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Filipinas	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Indonesia	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Malasia	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria
Myanmar	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Viet Nam	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Asia occidental				
Bahrein	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Emiratos Árabes Unidos	Demasiado baja	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Israel	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja
Jordania	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Kuwait	Demasiado baja	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Libano	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Qatar	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja	Satisfactoria
República Árabe Siria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Turquía	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta

Política respecto al crecimiento de población				
1976	1986	1996	2001	País
África				
África oriental				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Kenya
África del Norte				
No intervención	Reducir	Reducir	Reducir	Argelia
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Egipto
Aumentar	No intervención	No intervención	No intervención	Jamahiriya Árabe Libia
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Marruecos
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Sudán
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Túnez
África meridional				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Botswana
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Lesotho
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Sudáfrica
Reducir	No intervención	Reducir	Reducir	Swazilandia
África occidental				
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Cabo Verde
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Ghana
Asia				
Asia oriental				
Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Mongolia
Asia centromeridional				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Bangladesh
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	India
Reducir	No intervención	Reducir	Reducir	Irán (República Islámica del)
..	..	No intervención	No intervención	Kirguistán
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Nepal
..	..	No intervención	No intervención	Tayikistán
..	..	No intervención	No intervención	Turkmenistán
..	..	Reducir	Mantener	Uzbekistán
Asia sudoriental				
..	No intervención	No intervención	No intervención	Brunei Darussalam
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Filipinas
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Indonesia
Reducir	Mantener	Reducir	No intervención	Malasia
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Myanmar
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Viet Nam
Asia occidental				
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Bahrein
Aumentar	Aumentar	No intervención	No intervención	Emiratos Árabes Unidos
Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Israel
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Jordania
No intervención	Aumentar	Mantener	Mantener	Kuwait
No intervención	No intervención	No intervención	Mantener	Líbano
Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Qatar
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	República Árabe Siria
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Turquía

Cuadro 1
Opiniones y políticas gubernamentales sobre el crecimiento de población (continuación)

País	Opinión sobre el crecimiento de población			
	1976	1986	1996	2001
Europa				
Europa meridional				
Albania	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Bahamas	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Haití	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Jamaica	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
República Dominicana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Santa Lucía	..	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
América Central				
Belice	..	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria
Costa Rica	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria
El Salvador	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Guatemala	Demasiado alta	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta
Honduras	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria
México	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Nicaragua	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Panamá	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
América del Sur				
Argentina	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Bolivia	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Brasil	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Chile	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Colombia	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Ecuador	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Guyana	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Paraguay	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta
Perú	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Suriname	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Uruguay	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja
Venezuela	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Oceanía				
Melanesia				
Fiji	Demasiado alta	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria
Papua Nueva Guinea	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Vanuatu	..	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Polinesia				
Samoa	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta

gramas ofrecieran servicios y recursos no sólo a las parejas que desean limitar el tamaño de su familia, sino también a las que tienen dificultades en concebir.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo definió la salud reproductiva por primera vez en un documento internacional de la siguiente forma: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones...”. También afirmaba que la atención de la salud reproductiva debe promover los derechos individuales, en particular el derecho a decidir de manera libre y responsable “el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Política respecto al crecimiento de población				
1976	1986	1996	2001	País
Europa				
Europa meridional				
No intervención	Mantener	Mantener	Mantener	Albania
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Aumentar	No intervención	No intervención	No intervención	Bahamas
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Haití
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Jamaica
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	República Dominicana
..	Reducir	Reducir	Reducir	Santa Lucía
América Central				
..	No intervención	No intervención	No intervención	Belice
No intervención	No intervención	Reducir	No intervención	Costa Rica
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	El Salvador
No intervención	No intervención	No intervención	Reducir	Guatemala
No intervención	Reducir	No intervención	No intervención	Honduras
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	México
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Nicaragua
No intervención	No intervención	No intervención	Mantener	Panamá
América del Sur				
Aumentar	No intervención	No intervención	No intervención	Argentina
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Bolivia
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Brasil
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Chile
Reducir	No intervención	No intervención	No intervención	Colombia
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Ecuador
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Guyana
No intervención	No intervención	No intervención	Reducir	Paraguay
No intervención	Reducir	Reducir	Reducir	Perú
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Suriname
Aumentar	No intervención	Aumentar	Aumentar	Uruguay
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Venezuela
Oceanía				
Melanesia				
Reducir	Reducir	Mantener	Mantener	Fiji
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Papua Nueva Guinea
..	No intervención	No intervención	No intervención	Vanuatu
Polinesia				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Samoa

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

La salud reproductiva comprende muchos elementos, entre ellos, información y servicios de anticoncepción, de atención prenatal, parto sin riesgo y atención después del parto, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, prevención y tratamiento de la infertilidad, eliminación de prácticas peligrosas y de la violencia contra la mujer. En el Programa de Acción se insta a todos los países a prestar esos servicios, en particular a través de la atención primaria de la salud, para 2015. Los gobiernos han adoptado un criterio de ciclo vital respecto a la salud reproductiva, basado en el convencimiento de que la situación de la mujer durante el embarazo y el parto depende de su experiencia en la niñez y la adolescencia.

Cuadro 2
Cambio en las opiniones gubernamentales respecto al crecimiento de población en países con fecundidad intermedia, 1976-2001, por tasa de fecundidad y regiones principales (porcentaje de países)

Países	1976				2001			
	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado baja	Total	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado baja	Total
Total	53	30	17	100	51	46	3	100
<i>Por tasa global de fecundidad</i>								
TGF 3,5-5	59	27	14	100	72	28	0	100
TGF 2,1-3,5	49	32	19	100	38	57	5	100
<i>Por principales regiones^a</i>								
África	69	23	8	100	85	15	0	100
Asia y Oceanía	54	23	23	100	46	50	4	100
América Latina y el Caribe	44	39	17	100	40	56	4	100

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

^a Albania (Europa) no está incluida en la distribución regional.

La mortalidad infantil

Al abordar las inquietudes provocadas por el crecimiento de población en el Plan de Acción Mundial sobre Población y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los gobiernos han reconocido la relación recíproca entre fecundidad y tasas de mortalidad. Se piensa que al reducir la mortalidad infantil, en la niñez y la derivada de la maternidad disminuye la necesidad de una alta fecundidad y los nacimientos de mucho riesgo. En 2001, alrededor del 83% de los países de las regiones menos desarrolladas consideraban inaceptables las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años. En los países con fecundidad intermedia, esa proporción era del 79%. Todos los países de África consideraban su mortalidad de niños menores de 5 años demasiado alta, y lo mismo opinaban el 84% de los de América Latina y el Caribe y el 64% de los de Asia y Oceanía (véase el cuadro 5). La región de Asia occidental es notable porque dos terceras partes de sus gobiernos consideran la mortalidad infantil aceptable.

La mortalidad derivada de la maternidad

La mortalidad derivada de la maternidad es otro grave motivo de preocupación para los gobiernos. En 2001, sólo una quinta parte de los gobiernos de los países con fecundidad intermedia consideraban aceptable su tasa de mortalidad derivada de la maternidad (véase el cuadro 6). Entre ellos figuran ocho países de Asia y Oceanía (Brunei Darussalam, Fiji, Israel, Kuwait, Líbano, Qatar, República Árabe Siria y Emiratos Árabes Unidos) y cinco en América Latina y el Caribe (Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica y Jamaica).

La tasa de mortalidad derivada de la maternidad en los países con fecundidad intermedia varía de 8 muertes por 100.000 nacimientos vivos en Israel a 1.300 en Kenya y 1.500 en el Sudán. En los países menos desarrollados, cerca del 60% de los nacimientos ocurren fuera de centros sanitarios. Por ejemplo, en Bangladesh, los nacimientos con asistencia de personal sanitario capacitado sólo representaban el 8% del total de nacimientos de 1990 a 1997 (UNICEF, 1999). Esto afecta la salud y la mortalidad tanto de la madre como del niño. Incluso los partos en los centros sanitarios todavía pueden ser peligrosos por la deficiente atención médica. En el Programa de Acción se instaba a los gobiernos a tratar de reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad a menos de 60 muertes por 100.000 nacimientos vivos en todos los países. En el examen por la Asamblea General de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se instaba a los gobiernos de los países con tasas elevadas de mortalidad derivada de la maternidad a velar por que al menos el 60% de los nacimientos cuenten con la asistencia de personal sanitario capacitado.

El aborto

Según estimaciones de la OMS, el 13% de las muertes derivadas de la maternidad se deben a complicaciones del aborto. Esas complicaciones son imputables, principalmente, a procedimientos que entrañan riesgo, lo que suele ocurrir cuando el aborto es ilegal o inasequible. El aborto es una de las cuestiones de salud más polémicas a las que se enfrentan los gobiernos. El consenso internacional al que se llegó en la Conferencia de El Cairo es que es preciso enfrentarse a la cuestión del aborto con riesgo para reducir sus efectos adversos en la salud. En el Programa de Acción, los gobiernos declararon que el aborto, “en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia” (Naciones Unidas, 1995).

Las repuestas a las encuestas demográficas séptima y octava de las Naciones Unidas entre los gobiernos, sobre población y desarrollo, muestran que el aborto es objeto de creciente preocupación para los gobiernos. De los 50 gobiernos de países con fecundidad intermedia que respondieron a la pregunta sobre el aborto, 32 (64%) lo consideraban motivo de preocupación (véase el cuadro 7). Siete no expresaron preocupación al respecto (Marruecos, Túnez y Sudán, en África; Israel, República Islámica del Irán, Jordania, Tayikistán y Turquía, en Asia). Cuatro países (Bangladesh, Ghana, India e Indonesia) no habían adoptado una postura oficial frente a la cuestión en la séptima encuesta, pero en la octava declararon su preocupación.

La fecundidad en la adolescencia

La fecundidad en la adolescencia es motivo de creciente preocupación para los gobiernos, en particular en las regiones menos desarrolladas. Está relacionada con el hecho de que los jóvenes constituyen una elevada proporción de la población en los países menos desarrollados. El aumento de la actividad sexual registrado últimamente entre los adolescentes en algunos países suele ir acompañado de un aumento de los embarazos en las jóvenes de menos de 20 años y la propagación del SIDA. Los jóvenes son más vulnerables que los adultos a los embarazos no planeados, a la infección por el VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual. Dado que la adolescencia es el período de formación, de transición de la niñez a la edad adulta, la experiencia de los individuos en la adolescencia tiene un efecto a lo largo de toda su vida. Sus decisiones respecto al matrimonio, la actividad sexual y la procreación tienen importantes repercusiones en la sociedad.

En 2001, de los 53 países de fecundidad intermedia para los que se disponía de datos, 30 (57%) consideraban la fecundidad en la adolescencia grave motivo de preocupación (véase el cuadro 8). El grado de preocupación variaba de una región a otra. Era del 40% en los países de Asia y Oceanía, el 55% en África, y el 73% en América Latina y el Caribe. Algunos países que no expresaron preocupación en la séptima encuesta, cambiaron de opinión en la octava y declararon sentir una grave preocupación (Colombia, Myanmar y Turquía) o ligera preocupación (Argelia y Túnez). Otros países pasaron de sentir una ligera preocupación a una grave preocupación (Bahamas, Bangladesh y Malasia). Ahora bien, una serie de países como Nepal en Asia y Bolivia y Guatemala en América Latina, que tenían tasas elevadas de fecundidad en la adolescencia (entre 116 y 136 hijos por mil mujeres de 15 a 19 años) expresaron sólo ligera preocupación por la fecundidad en la adolescencia. Sólo 8 países no expresaron preocupación al respecto (Sudán y Swazilandia en África, y Bahrein, Brunei Darussalam, Jordania, Kuwait, Kirguistán y Tayikistán en Asia).

INTERVENCIONES DE POLÍTICA

Objetivos de política con respecto al crecimiento de población

En 2001, alrededor de 33 de los 67 países con fecundidad intermedia (49%) tenían políticas para reducir el crecimiento de población, 8 países (12%) tenían políticas dirigidas a mantenerlo y sólo 2 países, Israel y el Uruguay, tenían políticas para aumentarlo. Alrede-

Cuadro 3
Opiniones y políticas gubernamentales sobre fecundidad

País	Opinión sobre la fecundidad			
	1976	1986	1996	2001
África				
África oriental				
Kenya	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
África del Norte				
Argelia	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Egipto	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Jamahiriya Árabe Libia	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Marruecos	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Sudán	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Túnez	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
África meridional				
Botswana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Lesotho	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Sudáfrica	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Swazilandia	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
África occidental				
Cabo Verde	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Ghana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Asia				
Asia oriental				
Mongolia	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Asia centromeridional				
Bangladesh	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
India	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Irán (República Islámica del)	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Kirguistán	..	..	Satisfactoria	Satisfactoria
Nepal	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Tayikistán	..	..	Demasiado alta	Demasiado alta
Turkmenistán	..	..	Satisfactoria	Satisfactoria
Uzbekistán	..	..	Satisfactoria	Satisfactoria
Asia sudoriental				
Brunei Darussalam	..	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Filipinas	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Indonesia	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Malasia	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Myanmar	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria
Viet Nam	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Asia occidental				
Bahrein	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Emiratos Árabes Unidos	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado baja
Israel	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja
Jordania	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Kuwait	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Líbano	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Qatar	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
República Árabe Siria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Turquía	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta

Política para modificar la fecundidad				
1976	1986	1996	2001	País
África				
África oriental				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Kenya
África del Norte				
No intervención	Reducir	Reducir	Reducir	Argelia
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Egipto
Aumentar	No intervención	No intervención	No intervención	Jamahiriya Árabe Libia
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Marruecos
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Sudán
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Túnez
África meridional				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Botswana
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Lesotho
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Sudáfrica
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Swazilandia
África occidental				
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Cabo Verde
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Ghana
Asia				
Asia oriental				
Mantener	Aumentar	Mantener	No intervención	Mongolia
Asia centromeridional				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Bangladesh
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	India
Reducir	No intervención	Reducir	Reducir	Irán (República Islámica del)
..	..	No intervención	No intervención	Kirguistán
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Nepal
..	..	Reducir	No intervención	Tayikistán
..	..	No intervención	No intervención	Turkmenistán
..	..	Mantener	Mantener	Uzbekistán
Asia sudoriental				
..	No intervención	No intervención	No intervención	Brunei Darussalam
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Filipinas
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Indonesia
Reducir	Mantener	Reducir	Reducir	Malasia
No intervención	No intervención	No intervención	Mantener	Myanmar
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Viet Nam
Asia occidental				
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Bahrein
Mantener	Aumentar	No intervención	Aumentar	Emiratos Árabes Unidos
Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Israel
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Jordania
Mantener	Aumentar	Mantener	No intervención	Kuwait
No intervención	No intervención	No intervención	Reducir	Líbano
Mantener	Mantener	Mantener	Mantener	Qatar
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	República Árabe Siria
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Turquía

Cuadro 3
Opiniones y políticas gubernamentales sobre fecundidad (continuación)

País	Opinión sobre la fecundidad			
	1976	1986	1996	2001
Europa				
Europa meridional				
Albania	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Bahamas	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta
Haití	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Jamaica	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
República Dominicana	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Santa Lucía	..	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
América Central				
Belice	..	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria
Costa Rica	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Satisfactoria
El Salvador	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Guatemala	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Honduras	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
México	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Nicaragua	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Panamá	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
América del Sur				
Argentina	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Bolivia	Satisfactoria	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Brasil	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Chile	Demasiado alta	Demasiado baja	Satisfactoria	Satisfactoria
Colombia	Demasiado alta	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Ecuador	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta
Guyana	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Paraguay	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Demasiado alta
Perú	Satisfactoria	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Suriname	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Uruguay	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja	Demasiado baja
Venezuela	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Oceanía				
Melanesia				
Fiji	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Satisfactoria
Papua Nueva Guinea	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta
Vanuatu	..	Satisfactoria	Satisfactoria	Satisfactoria
Polinesia				
Samoa	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta	Demasiado alta

dor de 24 gobiernos (36%) tenían una política de no intervención (véanse los cuadros 1 y 9. Mientras que en países con una fecundidad global entre 2,1 y 3,5 la proporción de los que tenían una política para reducir el crecimiento de población era del 38%, en los países con tasas globales de fecundidad entre 3,5 y 5 hijos por mujer, esta proporción era mucho más alta, un 68% (véase el cuadro 9).

A lo largo del cuarto de siglo transcurrido desde 1976, muchos países con fecundidad intermedia mantuvieron su compromiso con la reducción del crecimiento de población: dos terceras partes de los países de África (Botswana, Egipto, Ghana, Lesotho,

Política para modificar la fecundidad				
1976	1986	1996	2001	País
Europa				
Europa meridional				
Mantener	Mantener	Mantener	Mantener	Albania
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
No intervención	No intervención	No intervención	Reducir	Bahamas
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Haití
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Jamaica
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	República Dominicana
..	Reducir	Reducir	Reducir	Santa Lucía
América Central				
..	No intervención	No intervención	No intervención	Belice
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Costa Rica
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	El Salvador
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Guatemala
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Honduras
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	México
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Nicaragua
No intervención	No intervención	No intervención	Mantener	Panamá
América del Sur				
Aumentar	No intervención	No intervención	No intervención	Argentina
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Bolivia
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Brasil
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Chile
Reducir	No intervención	No intervención	Reducir	Colombia
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Ecuador
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Guyana
No intervención	No intervención	No intervención	Reducir	Paraguay
No intervención	Reducir	Reducir	Reducir	Perú
No intervención	No intervención	No intervención	No intervención	Suriname
Aumentar	No intervención	Aumentar	Aumentar	Uruguay
No intervención	No intervención	Reducir	Reducir	Venezuela
Oceanía				
Melanesia				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Fiji
Reducir	No intervención	Reducir	Reducir	Papua Nueva Guinea
..	No intervención	No intervención	No intervención	Vanuatu
Polinesia				
Reducir	Reducir	Reducir	Reducir	Samoa

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Marruecos, Sudáfrica y Túnez), una cuarta parte de los de Asia y Oceanía (Bangladesh, India, Indonesia, Nepal, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Turquía y Viet Nam), y casi una cuarta parte de los de América Latina y el Caribe (República Dominicana, El Salvador, Haití, Jamaica, México y Santa Lucía). Algunos países cambiaron de política a favor de la reducción de la población durante ese período. En el decenio de 1990, ese cambio de política tuvo lugar en la República Islámica del Irán y Jordania en Asia y Oceanía; en Cabo Verde, el Sudán y Swazilandia en África, y en Guatemala y Nicaragua en América Latina y el Caribe.

Cuadro 4
Cambio en las opiniones gubernamentales sobre la fecundidad en países con fecundidad intermedia, 1976-2001,
por tasa de fecundidad y regiones principales (porcentaje de países)

Países	1976				2001			
	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado baja	Total	Demasiado alta	Satisfactoria	Demasiado baja	Total
Total	61	32	7	100	57	39	4	100
<i>Por tasa global de fecundidad</i>								
TGF 3,5-5	68	27	5	100	76	24	0	100
TGF 2,1-3,5	57	35	8	100	45	48	7	100
<i>Por principales regiones^a</i>								
África	69	23	8	100	92	8	0	100
Asia y Oceanía	64	32	4	100	46	46	7	100
América Latina y el Caribe	56	35	9	100	52	44	4	100

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

^a Albania (Europa) no está incluida en la distribución regional.

En cambio, Malasia ha abandonado su política de reducción del crecimiento de población para adoptar una de no intervención. Esta decisión responde al continuo descenso de su tasa de crecimiento de población como resultado del descenso de la fecundidad en general. Costa Rica y Honduras también han renunciado a su política de reducción de la tasa de crecimiento de población a cambio de la no intervención. El Gobierno de Kuwait ha adoptado una política de mantenimiento de la tasa actual de crecimiento de los kuwaitíes y reducción de la tasa de la población no kuwaití.

Al agravarse la preocupación por el crecimiento de población, varios gobiernos establecieron objetivos cuantitativos en sus planes de desarrollo para reducir sus tasas de crecimiento, entre ellos, Ghana, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán, Filipinas y Turquía. La India ha tenido que posponer sus objetivos respecto a las tasas de crecimiento y fecundidad. Por ejemplo, las fechas para alcanzar los objetivos de la tasa neta de reproducción de 1 y la tasa de natalidad de 21 se han retrasado del año 2000 al período de 2011 a 2016. En cambio, Indonesia alcanzó sus objetivos antes de lo previsto. No obstante, en general, sobre todo a partir del decenio de 1990, los programas nacionales están dando más importancia a las cuestiones cualitativas que a las cuantitativas, y dando más impulso a la atención de las necesidades hasta ahora no satisfechas y a un planteamiento “centrado en el individuo y la familia”.

Objetivos de política respecto a la fecundidad

En 2001, todos los países que han adoptado medidas para reducir su tasa de crecimiento de población trataron de lograr este objetivo mediante programas dirigidos a reducir su fecundidad. Además, seis países indicaron en 2001 la adopción de una política de no intervención respecto a su tasa de crecimiento de población y el mantenimiento simultáneo de una política de reducción de la fecundidad (Bahamas, Bahrein, Costa Rica, Honduras y Malasia).

La proporción de gobiernos con una política de reducción de la fecundidad aumentó del 47% en 1976 al 63% en 2001. Mientras que en 1976 nueve países que consideraban su fecundidad demasiado alta no tenían una política para modificarla, en 2001, sólo dos países estaban en esa situación (véanse los cuadros 2 y 10). Los países con TGF entre 3,5 y 5 hijos por mujer son más propensos a tener una política de reducción de la fecundidad (68%) que los que tienen TGF de 2,1 a 3,5 hijos por mujer (59%) (véase el cuadro 10).

Muchos países han mantenido continuamente una política de reducción de la fecundidad a partir de Bucarest: 9 de 13 países de África (70%) y una tercera parte de los países de Asia y Oceanía y de América Latina y el Caribe. En el decenio de 1990, 14 países

Cuadro 5
Tendencias y aceptabilidad por los gobiernos de la mortalidad de niños menores de 5 años

País	1975	2000	Porcentaje anual de cambio, 1970-1975 a 1995-2000	Aceptabilidad de la mortalidad de niños menores de 5 años, 2001
África				
África oriental				
Kenya	169	109	-1,8	Inaceptable
África del Norte				
Argelia	159	56	-4,2	Inaceptable
Egipto	210	64	-4,8	Inaceptable
Jamahiriya Árabe Libia	140	31	-6,0	Inaceptable
Marruecos	179	68	-3,9	Inaceptable
Sudán	233	137	-2,1	Inaceptable
Túnez	156	37	-5,8	Inaceptable
África meridional				
Botswana	152	135	-0,5	Inaceptable
Lesotho	221	159	-1,3	Inaceptable
Sudáfrica	109	83	-1,1	Inaceptable
Swazilandia	226	143	-1,8	Inaceptable
África occidental				
Cabo Verde	108	64	-2,1	Inaceptable
Ghana	177	112	-1,8	Inaceptable
Asia				
Asia oriental				
Mongolia	152	99	-1,7	Inaceptable
Asia centromeridional				
Bangladesh	225	111	-2,8	Inaceptable
India	192	99	-2,6	Inaceptable
Irán (República Islámica del)	166	53	-4,6	Inaceptable
Kirguistán	74	54	-1,3	Inaceptable
Nepal	241	117	-2,9	Inaceptable
Tayikistán	109	80	-1,2	Inaceptable
Turkmenistán	113	77	-1,5	Inaceptable
Uzbekistán	109	58	-2,5	Inaceptable
Asia sudoriental				
Brunei Darussalam	59	11	-6,7	Aceptable
Filipinas	112	42	-3,9	Inaceptable
Indonesia	185	63	-4,3	Inaceptable
Malasia	57	15	-5,3	Aceptable
Myanmar	198	142	-1,3	Inaceptable
Viet Nam	174	56	-4,5	Aceptable
Asia occidental				
Bahrein	76	22	-5,0	Inaceptable
Emiratos Árabes Unidos	85	16	-6,7	Aceptable
Israel	53	10	-6,7	Aceptable
Jordania	106	33	-4,7	Inaceptable
Kuwait	59	15	-5,5	Aceptable
Líbano	60	23	-3,8	Aceptable
Qatar	64	16	-5,5	Aceptable
República Árabe Siria	118	32	-5,2	Aceptable
Turquía	194	60	-4,7	Inaceptable
Europa				
Europa meridional				
Albania	92	40	-3,3	Inaceptable

Cuadro 5
Tendencias y aceptabilidad por los gobiernos de la mortalidad de niños menores de 5 años
(continuación)

País	1975	2000	Porcentaje anual de cambio, 1970-1975 a 1995-2000	Aceptabilidad de la mortalidad de niños menores de 5 años, 2001
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Bahamas	46	25	-2,4	Inaceptable
Haití	194	115	-2,1	Inaceptable
Jamaica	56	27	-2,9	Aceptable
República Dominicana	135	58	-3,4	Inaceptable
Santa Lucía	53	18	-4,3	Inaceptable
América Central				
Belice	70	42	-2,0	Inaceptable
Costa Rica	64	15	-5,8	Aceptable
El Salvador	152	41	-5,2	Inaceptable
Guatemala	165	61	-4,0	Inaceptable
Honduras	163	55	-4,3	Inaceptable
México	100	38	-3,9	Inaceptable
Nicaragua	152	50	-4,4	Inaceptable
Panamá	68	28	-3,5	Inaceptable
América del Sur				
Argentina	58	25	-3,4	Aceptable
Bolivia	245	88	-4,1	Inaceptable
Brasil	126	49	-3,8	Inaceptable
Chile	81	15	-6,7	Aceptable
Colombia	101	39	-3,8	Inaceptable
Ecuador	137	60	-3,3	Inaceptable
Guyana	106	75	-1,4	Inaceptable
Paraguay	72	48	-1,6	Inaceptable
Perú	169	65	-3,8	Inaceptable
Suriname	58	33	-2,3	Inaceptable
Uruguay	52	20	-3,8	Inaceptable
Venezuela	67	25	-3,9	Inaceptable
Oceanía				
Melanesia				
Fiji	66	24	-4,0	Aceptable
Papua Nueva Guinea	161	96	-2,1	Inaceptable
Vanuatu	133	40	-4,8	Inaceptable
Polinesia				
Samoa	89	37	-3,5	Inaceptable

Fuente: Base de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

abandonaron su política de no intervención para adoptar otra de reducción de la fecundidad: Cabo Verde y Sudán en África; Bahrein, República Islámica del Irán, Jordania, Líbano y Papua Nueva Guinea en Asia y Oceanía; y Bahamas, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Venezuela en América Latina y el Caribe. Malasia también adoptó esta política en sustitución de la anterior de mantenimiento de la fecundidad.

En consecuencia, para 2001, todos los países con fecundidad intermedia de África, excepto la Jamahiriya Árabe Libia, el 54% de los de Asia y Oceanía, y el 60% de los de América Latina y el Caribe, tenían políticas para reducir la fecundidad.

La situación es particularmente diversa en América Latina y el Caribe. En el Caribe y Centroamérica todos los países (a excepción de Belice y Panamá) tienen una política para reducir la fecundidad, pero en América del Sur sólo el 40% de los países la tienen (Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela), y el Uruguay tiene una política para

Cuadro 6
Tasas de mortalidad derivada de la maternidad y su aceptabilidad por los gobiernos

País	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (por 100,000 nacimientos), 1995	Aceptabilidad de la mortalidad derivada de la maternidad, 2001
África		
África oriental		
Kenya	1300	Inaceptable
África del Norte		
Argelia	150	Inaceptable
Egipto	170	Inaceptable
Jamahiriya Árabe Libia	120	Inaceptable
Marruecos	390	Inaceptable
Sudán	1500	Inaceptable
Túnez	70	Inaceptable
África meridional		
Botswana	480	Inaceptable
Lesotho	530	Inaceptable
Sudáfrica	340	Inaceptable
Swazilandia	370	Inaceptable
África occidental		
Cabo Verde	190	..
Ghana	590	Inaceptable
Asia		
Asia oriental		
Mongolia	65	Inaceptable
Asia centromeridional		
Bangladesh	600	Inaceptable
India	440	Inaceptable
Irán (República Islámica del)	130	Inaceptable
Kirguistán	80	Inaceptable
Nepal	830	Inaceptable
Tayikistán	120	Inaceptable
Turkmenistán	65	Inaceptable
Uzbekistán	60	Inaceptable
Asia sudoriental		
Brunei Darussalam	22	Aceptable
Filipinas	240	Inaceptable
Indonesia	470	Inaceptable
Malasia	39	Inaceptable
Myanmar	170	Inaceptable
Viet Nam	95	Inaceptable
Asia occidental		
Bahrein	38	Inaceptable
Emiratos Árabes Unidos	30	Aceptable
Israel	8	Aceptable
Jordania	41	Inaceptable
Kuwait	25	Aceptable
Líbano	130	Aceptable
Qatar	41	Aceptable
República Árabe Siria	200	Aceptable
Turquía	55	Inaceptable

Cuadro 6
Tasas de mortalidad derivada de la maternidad y su aceptabilidad por los gobiernos
 (continuación)

País	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (por 100,000 nacimientos), 1995	Aceptabilidad de la mortalidad derivada de la maternidad, 2001
Europa		
Europa meridional		
Albania	31	Inaceptable
América Latina y el Caribe		
El Caribe		
Bahamas	10	Aceptable
Haití	1100	Inaceptable
Jamaica	120	Aceptable
República Dominicana	110	Inaceptable
Santa Lucía	..	..
América Central		
Belice	140	Inaceptable
Costa Rica	35	Aceptable
El Salvador	180	Inaceptable
Guatemala	270	Inaceptable
Honduras	220	Inaceptable
México	65	Inaceptable
Nicaragua	250	Inaceptable
Panamá	100	Inaceptable
América del Sur		
Argentina	85	Aceptable
Bolivia	550	Inaceptable
Brasil	260	Inaceptable
Chile	33	Aceptable
Colombia	120	Inaceptable
Ecuador	210	Inaceptable
Guyana	150	Inaceptable
Paraguay	170	Inaceptable
Perú	240	Inaceptable
Suriname	230	..
Uruguay	50	Inaceptable
Venezuela	43	Inaceptable
Oceanía		
Melanesia		
Fiji	20	Aceptable
Papua Nueva Guinea	390	Inaceptable
Vanuatu	32	Inaceptable
Polinesia		
Samoa	15	..

Fuente: Base de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

aumentarla. La mitad de los países de América del Sur han mantenido sistemáticamente una política de no intervención: Bolivia, Brasil, Chile, Guyana y Suriname. Además, la Argentina ha tenido una política de no intervención desde el decenio de 1980.

Los Gobiernos de Israel y el Uruguay tienen una política para aumentar la fecundidad. El Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos, después de dar un giro hacia una política de no intervención en los años 90, han vuelto a adoptar recientemente una política de promoción de la fecundidad que ofrece incentivos a las mujeres nacionales para que tengan más hijos.

Cuadro 7
Tasas de aborto y opiniones y políticas gubernamentales sobre el aborto

País	Tasa de aborto (por mil mujeres de 15 a 44 años)	¿Es el aborto provocado motivo de preocupación para los gobiernos?	Motivos por los que se permite el aborto						
			Salvar la vida de una mujer	Proteger la salud física	Proteger la salud mental	Violación o incesto	Anormalidad del feto	Motivos económicos o sociales	A solicitud
África									
África oriental									
Kenya	..	Sí	x	x	x	-	-	-	-
África del Norte									
Argelia	..	Sin postura oficial	x	x	x	-	-	-	-
Egipto	..	Sin postura oficial	x	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya Árabe Libia	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Marruecos	..	No	x	x	x	-	-	-	-
Sudán	..	No	x	-	-	x	-	-	-
Túnez	9 (1996)	No	x	x	x	x	x	x	x
África meridional									
Botswana	..	Sí	x	x	x	x	x	-	-
Lesotho	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	3 (1997)	Sin postura oficial	x	x	x	x	x	x	x
Swazilandia	..	..	x	-	-	-	-	-	-
África occidental									
Cabo Verde	..	..	x	x	x	x	x	x	x
Ghana	..	Sí	x	x	x	x	x	-	-
Asia									
Asia oriental									
Mongolia	26 (1996)	Sí	x	x	x	x	x	x	x
Asia centromeridional									
Bangladesh	28 (1997) ^a	Sí	x	-	-	-	-	-	-
India	..	Sí	x	x	x	x	x	x	-
Irán (República Islámica del)	..	No	x	-	-	-	-	-	-
Kirguistán	16 (1999)	..	x	x	x	x	x	x	x
Nepal	..	Sin postura oficial	x	-	-	-	-	-	-
Tayikistán	15 (1999)	No	x	x	x	x	x	x	x
Turkmenistán	32 (1997)	..	x	x	x	x	x	x	x
Uzbekistán	10 (1999)	..	x	x	x	x	x	x	x
Asia sudoriental									
Brunei Darussalam	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Filipinas	..	Sí	x	-	-	-	-	-	-
Indonesia	..	Sí	x	-	-	-	-	-	-
Malasia	..	Sin postura oficial	x	x	x	-	-	-	-
Myanmar	..	Sí	x	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	63 (1999)	Sí	x	x	x	x	x	x	x
Asia occidental									
Bahrein	..	..	x	x	x	x	x	x	x
Emiratos Árabes Unidos	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Israel	15 (1999)	No	x	x	x	x	x	-	-
Jordania	..	No	x	x	x	-	-	-	-
Kuwait	..	Sí	x	x	x	-	x	-	-
Líbano	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Qatar	..	..	x	x	x	-	x	-	-
República Árabe Siria	..	..	x	-	-	-	-	-	-
Turquía	25 (1993)	No	x	x	x	x	x	x	x

Cuadro 7
Tasas de aborto y opiniones y políticas gubernamentales sobre el aborto (continuación)

País	Tasa de aborto (por mil mujeres de 15 a 44 años)	¿Es el aborto provocado motivo de preocupación para los gobiernos?	Motivos por los que se permite el aborto						
			Salvar la vida de una mujer	Proteger la salud física	Proteger la salud mental	Violación o incesto	Anormalidad del feto	Motivos económicos o sociales	A solicitud
Europa									
Europa meridional									
Albania	22 (1999)	..	×	×	×	×	×	×	×
América Latina y el Caribe									
El Caribe									
Bahamas	..	Sin postura oficial	×	×	×	-	-	-	-
Haití	..	..	×	-	-	-	-	-	-
Jamaica	..	Sin postura oficial	×	×	×	-	-	-	-
República Dominicana	47 (1989/1991) ^b	Sin postura oficial	×	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	..	Sin postura oficial	×	×	×	-	-	-	-
América Central									
Belice	..	Sí	×	×	×	-	×	×	-
Costa Rica	..	Sí	×	×	×	-	-	-	-
El Salvador	..	Sin postura oficial	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	..	..	×	-	-	-	-	-	-
Honduras	..	Sin postura oficial	×	-	-	-	-	-	-
México	25 (1989/1991) ^b	Sí	×	-	-	×	-	-	-
Nicaragua	..	Sí	×	-	-	-	-	-	-
Panamá	..	Sí	×	-	×	×	-	-	-
América del Sur									
Argentina	..	Sí	×	×	×	×	-	-	-
Bolivia	..	Sí	×	×	×	×	-	-	-
Brasil	41 1989/1991) ^b	Sí	×	-	-	×	-	-	-
Chile	50 (1989/1991) ^b	Sí	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	36 (1989/1991) ^b	Sí	×	-	-	-	-	-	-
Ecuador	..	Sí	×	×	×	×	-	-	-
Guyana	..	..	×	×	×	×	×	×	×
Paraguay	..	Sí	×	-	-	-	-	-	-
Perú	56 (1989/1991) ^b	Sí	×	×	×	-	-	-	-
Suriname	..	..	×	-	-	-	-	-	-
Uruguay	..	..	×	×	×	×	-	-	-
Venezuela	..	Sí	×	-	-	-	-	-	-
Oceanía									
Melanesia									
Fiji	..	Sí	×	×	×	-	-	×	-
Papua Nueva Guinea	..	Sí	×	×	×	-	-	-	-
Vanuatu	..	..	×	×	×	-	-	-	-
Polinesia									
Samoa	..	..	×	×	×	-	-	-	-

Fuente: Base de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

^a Singh, Susheela, Josefina V. Cabigon, Altaf Hossain, Haidari Kamal y Aurora E. Pérez (1997). Estimating the Level of Abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 23, No. 3 (septiembre).

^b Henshaw, Stanley, Susheela Singh y Taylor Haas (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 25, No. 1 (junio).

Cuadro 8
Tasa de fecundidad en la adolescencia, porcentaje de alumbramientos de las mujeres de menos de 20 años y opiniones y políticas gubernamentales sobre fecundidad en la adolescencia

País	Tasa de fecundidad en la adolescencia (por mil mujeres de 15 a 19 años)	Porcentaje de alumbramientos de las mujeres de menos de 20 años	¿Es la fecundidad en la adolescencia motivo de preocupación para los gobiernos?	Políticas y programas para hacer frente a la fecundidad en la adolescencia
África				
África oriental				
Kenya	98	17	Grave preocupación	Información, educación y comunicación; centros de juventud y clínicas acogedoras para los jóvenes.
África del Norte				
Argelia	22	5	Ligera preocupación	No
Egipto	52	10	Grave preocupación	Sí
Jamahiriya Árabe Libia	19	4	..	..
Marruecos	34	7	Ligera preocupación	No
Sudán	64	9	Ninguna preocupación	No
Túnez	12	3	Ligera preocupación	Sí
África meridional				
Botswana	77	14	Grave preocupación	Establecimiento de centros de salud y planificación de la familia más acogedores; uso de compañeros educadores para promover la planificación de la familia.
Lesotho	74	11	Grave preocupación	Sí
Sudáfrica	81	17	Grave preocupación	Sí
Swazilandia	84	13	Ninguna preocupación	..
África occidental				
Cabo Verde	78	14	..	No
Ghana	91	15	Grave preocupación	Educación para la vida familiar para jóvenes en la escuela y fuera de la escuela; programas de asesoramiento por compañeros.
Asia				
Asia oriental				
Mongolia	57	13	Ligera preocupación	Programa nacional de salud reproductiva.
Asia centromeridional				
Bangladesh	140	23	Grave preocupación	Programas de salud y población para adolescentes casados; información para adolescentes sobre nutrición, higiene, pubertad, comportamiento sexual de menos riesgo y riesgos del VIH/SIDA.
India	51	9	Grave preocupación	Desalentar el matrimonio antes de la edad legal; promover la anticoncepción y el asesoramiento; hacer que el aborto tenga menos riesgo; atención durante el embarazo.
Irán (República Islámica del)	38	9	Grave preocupación	Sí
Kirguistán	36	8	Ninguna preocupación	Sí
Nepal	136	19	Ligera preocupación	Sí
Tayikistán	31	6	Ninguna preocupación	No
Turkmenistán	20	4	..	Sí
Uzbekistán	63	13	..	Sí
Asia sudoriental				
Brunei Darussalam	35	7	Ninguna preocupación	No
Filipinas	45	8	Grave preocupación	Educación sobre población para los jóvenes en la escuela; programa de salud para adolescentes y formación de jóvenes.
Indonesia	59	13	Grave preocupación	Educación para la vida en familia.
Malasia	17	3	Grave preocupación	Estudio nacional sobre la salud reproductiva y la sexualidad de los adolescentes; prestación de servicios apropiados a los adolescentes.

Cuadro 8
Tasa de fecundidad en la adolescencia, porcentaje de alumbramientos de las mujeres de menos de 20 años y opiniones y políticas gubernamentales sobre fecundidad en la adolescencia (continuación)

País	Tasa de fecundidad en la adolescencia (por mil mujeres de 15 a 19 años)	Porcentaje de alumbramientos de las mujeres de menos de 20 años	¿Es la fecundidad en la adolescencia motivo de preocupación para los gobiernos?	Políticas y programas para hacer frente a la fecundidad en la adolescencia
Asia (continuación)				
Asia sudoriental (continuación)				
Myanmar	30	6	Grave preocupación	Programa de salud reproductiva de los adolescentes; preparación de la juventud para la vida cotidiana.
Viet Nam	25	6	Ligera preocupación	Programa de salud para adolescentes; servicios de salud reproductiva; educación sobre población para jóvenes en la escuela.
Asia occidental				
Bahrein	20	4	Ninguna preocupación	No
Emiratos Árabes Unidos	70	15	..	..
Israel	18	4	Ligera preocupación	Educación sobre la familia y la sexualidad en la escuela.
Jordania	41	7	Ninguna preocupación	No
Kuwait	34	12	Ninguna preocupación	No
Líbano	27	6	..	No
Qatar	26	4	..	No
República Árabe Siria	44	8	..	..
Turquía	64	14	Grave preocupación	Programa de salud reproductiva para adolescentes.
Europa				
Europa meridional				
Albania	16	3	..	No
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Bahamas	63	14	Grave preocupación	Programa de salud para adolescentes; educación para la vida en familia.
Haití	70	13	..	..
Jamaica	63	15	Grave preocupación	Sí
República Dominicana	97	20	Grave preocupación	Programa nacional de asistencia completa a los adolescentes; programas educativos sobre salud reproductiva en la escuela y fuera de la escuela; educación a través de la prensa.
Santa Lucía	73	17	Grave preocupación	Sí
América Central				
Belice	94	19	Grave preocupación	No
Costa Rica	85	18	Grave preocupación	Programa nacional de asistencia completa a los adolescentes.
El Salvador	95	19	Ligera preocupación	No
Guatemala	119	18	Ligera preocupación	Sí
Honduras	115	19	Ligera preocupación	Programa de atención de la salud para mujeres; prevención del embarazo en la adolescencia.
México	70	15	Grave preocupación	Programa de planificación de la familia; información, educación y comunicación.
Nicaragua	157	25	Grave preocupación	Sí
Panamá	82	17	Grave preocupación	Proyecto de salud para mujeres y adolescentes; programa nacional de salud general para escolares y adolescentes.
América del Sur				
Argentina	65	15	Grave preocupación	Información, educación y comunicación; asesoramiento y servicios de salud reproductiva.

País	Tasa de fecundidad en la adolescencia (por mil mujeres de 15 a 19 años)	Porcentaje de alumbramientos de las mujeres de menos de 20 años	¿Es la fecundidad en la adolescencia motivo de preocupación para los gobiernos?	Políticas y programas para hacer frente a la fecundidad en la adolescencia
América Latina y el Caribe (continuación)				
América del Sur (continuación)				
Bolivia	79	12	Ligera preocupación	Sí
Brasil	72	18	Grave preocupación	Programa nacional de asistencia de salud para adolescentes.
Chile	49	10	Grave preocupación	Información, educación y comunicación.
Colombia	88	18	Grave preocupación	Plan de educación sexual; consultores médicos para adolescentes en centros locales; programas de información sobre el embarazo en la adolescencia y prevención de complicaciones del embarazo.
Ecuador	72	15	Grave preocupación	Sí
Guyana	74	17	..	..
Paraguay	76	13	Ligera preocupación	Información, educación y comunicación sobre salud reproductiva; plan nacional de salud general para adolescentes.
Perú	58	12	Ligera preocupación	Información, educación y comunicación para jóvenes y adolescentes; educación familiar y sexual; programa de salud reproductiva y de planificación de la familia; programa de salud para escolares y adolescentes.
Suriname	21	6	Grave preocupación	No
Uruguay	70	16	..	..
Venezuela	98	20	..	..
Oceanía				
Melanesia				
Fiji	53	11	Ligera preocupación	Establecimiento de una dependencia de promoción de salud de los adolescentes; introducción de anticonceptivos de emergencia.
Papua Nueva Guinea	89	13	Ligera preocupación	Libre acceso a la información; programa de educación por compañeros
Vanuatu	62	9	..	..
Polinesia				
Samoa	49	10	..	..

Fuente: Base de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

Cuadro 9
Cambio en las políticas gubernamentales respecto al crecimiento de población en los países con fecundidad intermedia, 1976-2001, por tasa de fecundidad y regiones principales (porcentaje de países)

Países	1976					2001				
	Reducir	Mantener	Aumentar	No intervención	Total	Reducir	Mantener	Aumentar	No intervención	Total
Total	46	0	13	41	100	49	12	3	36	100
Por tasa global de fecundidad										
TGF 3,5-5	50	0	9	41	100	68	4	0	28	100
TGF 2,1-3,5	43	0	16	41	100	38	17	5	40	100
Por regiones principales^a										
África	69	0	8	23	100	92	0	0	8	100
Asia y Oceanía	55	0	18	27	100	39	21	4	36	100
América Latina y el Caribe	26	0	13	61	100	40	4	4	52	100

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

^a Albania (Europa) no está incluida en la distribución regional.

Cuadro 10

Cambio en las políticas gubernamentales respecto a la fecundidad en los países con fecundidad intermedia, 1976-2001, por fecundidad y regiones principales (porcentaje de países)

Países	1976					2001				
	Reducir	Mantener	Aumentar	No intervención	Total	Reducir	Mantener	Aumentar	No intervención	Total
Total	47	9	7	37	100	63	7	5	25	100
Por tasa global de fecundidad										
TGF 3,5-5	54	5	5	36	100	68	4	0	28	100
TGF 2,1-3,5	43	11	8	38	100	59	10	8	24	100
Por regiones principales ^a										
África	69	0	8	23	100	92	0	0	8	100
Asia y Oceanía	54	18	5	23	100	54	11	7	28	100
América Latina y el Caribe	30	0	9	61	100	60	4	4	32	100

Fuente: Banco de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

^a Albania (Europa) no está incluida en la distribución regional.

Muchos países han declarado haber establecido objetivos cuantitativos con respecto a la fecundidad. Por ejemplo, Botswana está tratando de reducir su TGF de 4 hijos por mujer en 1996 a 3,4 en 2011. Ghana se ha fijado una meta para reducir la TGF a 4 hijos por mujer para 2010 y a 3 hijos por mujer para 2020. Kenya estableció objetivos para reducir la TGF a 3,5 hijos por mujer para 2005 y a 2,5 para 2010. Bangladesh está tratando de reducir la TGF a 2,6 en 2002 y a 2,2 en 2005. Indonesia desea alcanzar la fecundidad de nivel de reemplazo en 2005-2010, y la India se propone hacer lo mismo para 2010.

En el decenio de 1990, de todos los gobiernos con fecundidad intermedia que participaron en la encuesta, la totalidad de los de África y la mayor parte de los de Asia (excepto Israel y Tayikistán) declararon que sus políticas con respecto a la fecundidad se habían adoptado tanto para modificar el crecimiento de población como para promover el bienestar de la familia. En cambio, ocho gobiernos de América Latina y el Caribe (Bahamas, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú) y dos de Asia y Oceanía (Tayikistán y Fiji) señalaron que el objetivo principal de la modificación de la tasa de fecundidad era promover el bienestar de la familia y no modificar la tasa de crecimiento de población.

La planificación de la familia y su integración en los programas de salud reproductiva

La planificación de la familia ha sido desde hace largo tiempo un elemento básico de las políticas y programas de población y parte integrante esencial de la salud genésica. A partir de la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974, se ha producido un cambio en las políticas gubernamentales hacia un creciente apoyo a los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos modernos eficaces. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de El Cairo, los gobiernos reiteraron, en particular, el derecho de las parejas y los individuos a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos y a tener acceso a la información y a los medios necesarios para ello. Muchos gobiernos apoyan la planificación de la familia como parte de sus servicios básicos de salud genésica.

El apoyo gubernamental a las políticas y programas que influyen en la fecundidad también ha aumentado continuamente en los países con fecundidad intermedia. En 2001, el 94% de esos países prestaban apoyo directo (a través de organismos gubernamentales), o indirecto (a través de organismos no gubernamentales) a los programas de planificación de la familia y de anticonceptivos (véase el cuadro 11). La proporción de países con fecundidad intermedia que prestaba apoyo directo a través de organismos

estatales era del 87%, ligeramente superior a la de las regiones menos desarrolladas en conjunto (84%). El Gobierno de Mongolia, a partir de 1988, ha eliminado todas las restricciones al uso, distribución e importación de anticonceptivos y empezó a facilitar anticonceptivos modernos y a organizar programas educativos para mujeres en riesgo. El Gobierno de Albania, a partir de los años 90, también ha eliminado las limitaciones en cuanto a escala y distribución de anticonceptivos y ha establecido un programa nacional de planificación de la familia. Algunos países que no solían apoyar la planificación de la familia han empezado a prestarle apoyo directo (Qatar) e indirecto (Argentina, Belice y Kuwait). Ocho países (Bahamas, Bolivia, Colombia, República Islámica del Irán, Jordania, Myanmar, Nicaragua y Paraguay) que prestaban apoyo indirecto a la planificación de la familia han empezado recientemente a prestarle apoyo directo.

En cambio, Israel ha pasado de prestar apoyo directo a prestar apoyo indirecto, con lo que ha venido a sumarse al Gobierno del Líbano, que ha estado sistemáticamente prestando sólo apoyo indirecto para la planificación de la familia. En 2001, sólo cuatro de los gobiernos de países con fecundidad intermedia todavía no prestaban apoyo para la planificación de la familia (Brunei Darussalam, Jamahiriya Árabe Libia, Turkmenistán y Emiratos Árabes Unidos).

Una serie de gobiernos han establecido objetivos cuantitativos nacionales de uso de anticonceptivos. Botswana trata de aumentar el uso de anticonceptivos del 42,5% en 1996 al 65% en 2011. Ghana se propone alcanzar una proporción de uso de métodos modernos del 28% para 2010 y el 50% para 2020. Bangladesh intenta conseguir una proporción de uso de anticonceptivos del 68% para 2005 y el 72% para 2010. Indonesia procurará que el 70% de las parejas calificadas usen anticonceptivos para 2005.

Para modificar la fecundidad, los gobiernos han recurrido a medidas tanto directas como indirectas. En programas anteriores de planificación de la familia, algunos gobiernos dieron más peso a las medidas directas, establecieron normas sobre el número y el espaciamiento de los hijos, se valieron de incentivos y elementos de disuasión y establecieron objetivos de uso de determinados métodos anticonceptivos. El tipo principal de incentivo usado en los países que trataban de reducir el crecimiento de población ha sido la facilitación de anticonceptivos o servicios subvencionados o gratuitos. La esterilización, los dispositivos intrauterinos, las píldoras anticonceptivas, los preservativos y otros métodos se facilitan a título gratuito.

En algunos países se han concedido incentivos monetarios a quienes han aceptado la esterilización o los dispositivos intrauterinos y a quienes los han inducido a aceptarlos (agentes de remisión). Muchos gobiernos han establecido una serie de medidas disuasivas como la imposición de un impuesto extraordinario, la limitación de la licencia por maternidad o ajustes en la preferencia para la concesión de vivienda o empleo.

El Gobierno de Viet Nam, en su campaña de promoción de la familia de 1 a 2 hijos, recurrió a incentivos y a medidas de disuasión para alentar la reducción de la fecundidad. Como incentivo se concedían tierras y se proporcionaban anticonceptivos gratuitos. Las medidas de disuasión podían consistir en multas o acciones punitivas laborales. En 1988, el Gobierno publicó un decreto respecto a una serie de políticas de población y planificación de la familia. Incluía el número permitido de hijos en las distintas categorías de población y políticas y reglamentaciones para alentar la planificación de la familia. Uno de los criterios establecidos para la adjudicación de terreno para la construcción de una casa o la distribución de viviendas era que las familias no tuvieran más de 2 hijos. Las familias que tenían más de un número determinado tenían que pagar un alquiler por la vivienda o el terreno, calculado a un precio elevado, por el espacio extra que solicitaban. También tenían que aportar fondos de apoyo social. A las personas que tenían 3 hijos o más no se les permitía trasladarse a centros urbanos de municipios, ciudades o zonas industriales. Además, al examinar los resultados de la ejecución de su plan, los organismos estatales así como las unidades comerciales o de producción tenían que tener en cuenta el cumplimiento de las normas sobre población y planificación de la familia. En 1989, la Asamblea Nacional aprobó la ley de salud, en la que se recalca que las parejas estaban

Cuadro 11
Tendencias de porcentajes de mujeres casadas que usan anticonceptivos,
y políticas globales gubernamentales sobre acceso a métodos anticonceptivos

País	Año	Porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos		Tendencias (1990-2000) Aumento anual del porcentaje de usuarias	
		Cualquier método	Métodos modernos	Cualquier método	Métodos modernos
África					
África oriental					
Kenya	2000	39	32	1,3	1,3
África del Norte					
Argelia	1995	52	49	2,0	2,2
Egipto	2000	56	54	1,5	1,4
Jamahiriya Árabe Libia	1995	40	26		
Marruecos	1995	50	42	2,6	2,1
Sudán	1995	8	7		
Túnez	1995	60	51	1,7	1,8
África meridional					
Botswana	1988	33	32		
Lesotho	1995	23	19		
Sudáfrica	2000	56	55	0,7	0,7
Swazilandia	1988	20	17		
África occidental					
Cabo Verde	2000	53	46		
Ghana	2000	22	13	0,6	0,7
Asia					
Asia oriental					
Mongolia	2000	60	46		
Asia centromeridional					
Bangladesh	2000	54	43	1,8	1,6
India	2000	48	43	1,3	0,1
Irán (República Islámica del)	2000	73	56	2,4	3,0
Kirguistán	2000	60	49		
Nepal	2000	29	26	1,2	0,9
Tayikistán					
Turkmenistán	2000	62	53		
Uzbekistán	2000	56	51		
Asia sudoriental					
Brunei Darussalam					
Filipinas	2000	47	28	1,2	0,7
Indonesia	2000	57	55	1,1	1,1
Malasia	1995	55	30	1,0	-0,3
Myanmar	2000	33	28	3,2	3,0
Viet Nam	2000	75	56	2,9	3,0
Asia occidental					
Bahrein	1995	62	31	1,4	0,1
Emiratos Árabes Unidos	1995	28	24		
Israel					
Jordania	2000	53	38	2,5	1,5
Kuwait	2000	50	41	1,0	1,1
Líbano	2000	61	37		
Qatar	2000	43	32	1,0	0,3
República Árabe Siria	1995	36	28		
Turquía	2000	64	38	0,1	0,7

Política para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos				
1976	1986	1996	2001	País
África				
África oriental				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Kenya
África del Norte				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Argelia
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Egipto
Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Jamahiriya Árabe Libia
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Marruecos
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Sudán
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Túnez
África meridional				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Botswana
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Lesotho
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Sudáfrica
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Swazilandia
África occidental				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Cabo Verde
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Ghana
Asia				
Asia oriental				
Limita	Limita	Apoyo directo	Apoyo directo	Mongolia
Asia centromeridional				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Bangladesh
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	India
Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Irán (República Islámica del)
..	..	..	Apoyo directo	Kirguistán
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Nepal
..	..	Apoyo directo	Apoyo directo	Tayikistán
..	..	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Turkmenistán
..	..	Apoyo directo	Apoyo directo	Uzbekistán
Asia sudoriental				
..	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Brunei Darussalam
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Filipinas
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Indonesia
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Malasia
Ningún apoyo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Myanmar
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Viet Nam
Asia occidental				
Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Bahrein
Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Emiratos Árabes Unidos
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo indirecto	Israel
Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Jordania
Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Apoyo indirecto	Kuwait
Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Líbano
Ningún apoyo	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Apoyo directo	Qatar
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	República Árabe Siria
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Turquía

Cuadro 11
Tendencias de porcentajes de mujeres casadas que usan anticonceptivos,
y políticas globales gubernamentales sobre acceso a métodos anticonceptivos (continuación)

País	Año	Porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos		Tendencias (1990-2000) Aumento anual del porcentaje de usuarias	
		Cualquier método	Métodos modernos	Cualquier método	Métodos modernos
Europa					
Europa meridional					
Albania					
América Latina y el Caribe					
El Caribe					
Bahamas	1988	62	60		
Haití	2000	28	22	1,7	1,2
Jamaica	2000	66	63	1,2	1,3
República Dominicana	2000	64	59	1,4	1,5
Santa Lucía	1988	47	46		
América Central					
Belice	1995	47	42		
Costa Rica	1995	75	65	0,8	0,9
El Salvador	2000	60	54	1,3	1,1
Guatemala	2000	38	31	1,4	1,0
Honduras	2000	50	41	0,9	1,3
México	1995	67	58	1,7	1,6
Nicaragua	2000	60	57	1,9	2,1
Panamá	1985	58	54		
América del Sur					
Argentina					
Bolivia	2000	48	25	1,7	1,6
Brasil	2000	77	70	1,1	1,4
Chile					
Colombia	2000	77	64	1,1	0,9
Ecuador	2000	66	50	1,4	0,9
Guyana	1975	31	28		
Paraguay	2000	57	48	1,8	1,7
Perú	2000	64	41	1,5	2,0
Suriname					
Uruguay					
Venezuela	1977	49	38		
Oceanía					
Melanesia					
Fiji	1975	41	35		
Papua Nueva Guinea	2000	26	20		
Vanuatu					
Polinesia					
Samoa					

en libertad de escoger cualquier método disponible de planificación de la familia y se reiteraba el carácter voluntario del programa de población.

Actualmente, el Gobierno de la India concede prestaciones de jubilación a las familias que tienen un número limitado de hijos. Para disuadir a las familias de tener más hijos, se ha propuesto limitar la concesión de la licencia por maternidad a las mujeres embarazadas que no tienen más de 2 hijos. En 1993, el Gobierno de la República Islá-

Política para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos				
1976	1986	1996	2001	País
Europa				
Europa meridional				
Limita	Limita	Apoyo directo	Apoyo directo	Albania
América Latina y el Caribe				
El Caribe				
Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Bahamas
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Haití
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	República Dominicana
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Jamaica
..	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Santa Lucía
América Central				
..	Ningún apoyo	Apoyo indirecto	Apoyo indirecto	Belize
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Costa Rica
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	El Salvador
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Guatemala
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Honduras
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	México
Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Nicaragua
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Panamá
América del Sur				
Limita	Ningún apoyo	Ningún apoyo	Apoyo indirecto	Argentina
Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Bolivia
Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Brasil
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Chile
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Colombia
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Ecuador
Ningún apoyo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Guyana
Apoyo directo	Apoyo indirecto	Apoyo directo	Apoyo directo	Paraguay
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Perú
Ningún apoyo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Suriname
Ningún apoyo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Uruguay
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Venezuela
Oceanía				
Melanesia				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Fiji
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Papua Nueva Guinea
..	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Vanuatu
Polinesia				
Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Apoyo directo	Samoa

Fuente: Base de datos de política de población de la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas.

mica del Irán aprobó una ley nacional de la familia en la que se alentaba a las familias a tener menos hijos mediante la restricción de la licencia de maternidad después del tercer hijo. En Filipinas, la licencia por maternidad se concede sólo por los primeros 4 hijos. En Nepal las exenciones tributarias se basan en el número de hijos. Indonesia ha adoptado elementos disuasivos fiscales y un programa de actividades de generación de ingreso para quienes aceptan la planificación de la familia.

La esterilización es el método más frecuentemente sujeto a restricciones jurídicas y administrativas. Muchos países de las regiones menos desarrolladas han prohibido en el pasado la esterilización para fines anticonceptivos. En fechas recientes, se ha observado una tendencia entre los países a reducir o eliminar las restricciones a la esterilización voluntaria. No obstante, algunos gobiernos imponen restricciones de edad, paridez y de otro tipo a quienes pueden optar por la esterilización voluntaria. Los gobiernos imponen restricciones a las mujeres con más frecuencia que a los hombres.

En muchos países, los objetivos han sido parte integrante del programa de planificación de la familia durante decenios. Objetivos anuales para distintos métodos, impuestos de arriba abajo, se establecían para trabajadores de planificación de la familia en todos los niveles y su desempeño se juzgaba por su cumplimiento de los objetivos.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo puso de relieve que todos los países deberían, en el curso de los años siguientes, evaluar el grado de necesidad nacional no atendida de servicios de calidad de planificación de la familia y su integración en los servicios de salud reproductiva, con especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población. Muchos países, en particular en África y Asia, declararon en la octava encuesta que habían tratado de evaluar las necesidades no atendidas de planificación de la familia de los grupos más vulnerables.

A raíz de la Conferencia de El Cairo, muchos gobiernos ha estado redactando nuevas leyes y documentos de estrategia y adoptando medidas de política concretas con miras a alcanzar el objetivo de ofrecer acceso universal a la atención de la salud genésica. En algunos países, estas medidas incluían la elaboración de políticas nacionales integrales de salud genésica. En otros, los gobiernos modificaron algunos aspectos de los programas de salud o de planificación de la familia para mejorar la salud genésica. En el decenio de 1990, numerosos países con fecundidad intermedia adoptaron nuevas políticas y programas nacionales de población, como Viet Nam (1993); Bangladesh, Ghana, Malasia, Turquía (1994); El Salvador y Nicaragua (1997) y la India (2000). Sus principales objetivos eran asegurar el crecimiento y el desarrollo sostenible. Para este fin, muchas políticas nacionales se orientaron a reducir la tasa de crecimiento de población. Después de la adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muchos gobiernos han estado revisando sus políticas nacionales de población, en particular las políticas de salud. También han estado integrando la planificación de la familia con la atención de la salud genésica en las políticas generales de salud.

La salud maternoinfantil ha sido la principal iniciativa de política de la India desde los años 60, aunque en 1996 el requisito de la coordinación para integrar la salud maternoinfantil y la planificación de la familia todavía se consideraba un objetivo que habría que alcanzar en el país. La política nacional de población de 2000 de la India también exhorta a la prestación de servicios integrados de atención básica de salud genésica y de la infancia. La tasa persistentemente alta de la mortalidad de los niños menores de 5 años en la India (99 por mil nacimientos en 1995-2000) es un factor importante del retraso de la transición de la fecundidad.

En 1996, el Gobierno de la India decidió dar una nueva orientación a su programa de bienestar de la familia y sustituirlo por el nuevo programa nacional de salud reproductiva y de la infancia. Con este nuevo programa se pretende mejorar la calidad, cobertura, eficacia y acceso a los servicios. También ha cambiado el sistema de objetivos y los trabajadores de salud ya no tienen que cumplir determinados objetivos establecidos de antemano. En su lugar, tienen que ser parte del proceso de planificación de su propio volumen de trabajo para la prestación de servicios. La práctica de establecer objetivos de desempeño en relación con los métodos anticonceptivos, determinados por el gobierno central, se eliminó y se sustituyó por un sistema de evaluación de las necesidades de la comunidad para impulsar el programa. Se han revisado las directrices para la esterilización y la administración de anticonceptivos. La esterilización sólo se contempla para las personas casadas o que viven en pareja, de preferencia las que tienen al menos un hijo de más de un año. Aunque el uso de dispositivos intrauterinos sólo se recomienda para mujeres que ya

tienen hijos, la píldora anticonceptiva y los preservativos se pueden conseguir fácilmente. El programa de salud reproductiva y de la infancia prevé un aumento considerable de inversiones de recursos en infraestructura, servicios e información en el sector público para la prestación de servicios gratuitos. El programa de salud reproductiva y de la infancia contempla medidas especiales para las zonas tribales y los barrios de tugurios urbanos, que incluyen la mejora de la infraestructura.

Malasia también ha abandonado el sistema de objetivos en la prestación de servicios de planificación de la familia. En Bangladesh, la política del gobierno prevé la prevención del aborto en condiciones de riesgo, la formación de los proveedores de servicios pertinentes, la promoción de métodos anticonceptivos eficaces, y la reducción de los embarazos no deseados. Se están estableciendo clínicas comunitarias para la prestación de una combinación de servicios esenciales. En Sudáfrica, en una nueva Constitución de 1996 se incorporan disposiciones sobre el derecho universal a las decisiones de procreación y a la atención reproductiva, que se aplicarán en un sistema reorganizado de salud que prevé la atención de la salud primaria gratuita para las mujeres y para los niños menores de 6 años.

Las estrategias para mejorar la calidad de la atención han sido objeto de especial desvelo del Gobierno de Ghana. Se está capacitando a proveedores de servicios de salud en programas previos al servicio y en el servicio, para que adquieran los conocimientos y las aptitudes necesarias de salud reproductiva que les permitan contribuir a mejorar y ampliar la prestación de todos los tipos de servicios. Las funciones de las parteras y de otros socios en los sectores tanto público como privado se están ampliando sobre una base más regular. Se está capacitando a las parteras y a otros proveedores en técnicas para salvar vidas.

El Gobierno de Kenya ha formulado una política nacional de desarrollo sostenible. También ha formulado una estrategia nacional de salud reproductiva (1997- 2010). El Gobierno promueve la cooperación y colaboración en todas las fases de la ejecución del programa. Se han establecido equipos de gestión de salud provinciales y de distrito. Se está organizando la formación de los proveedores del servicio. Se han abierto clínicas para hombres. En respuesta a la octava encuesta, el Gobierno de Kenya señaló que la ejecución de su Programa de Acción se ha tropezado con obstáculos relacionados con el analfabetismo, la pobreza y factores culturales y religiosos. Además, los recursos asignados al programa se consideran insuficientes.

El Gobierno de Nepal ha adoptado políticas de fecundidad y de salud reproductiva. Incluyen el aumento de la demanda en gran escala de pequeñas familias, mediante el establecimiento de un entorno económico y social favorable a las familias con 2 hijos; la ejecución de programas de planificación de la familia de una forma integrada con otras actividades de salud. El plan del gobierno incluye la ampliación de los servicios hospitalarios y de salud y la prestación de servicios de extensión así como la promoción de organizaciones no gubernamentales y privadas que pueden mejorar la prestación de los servicios de planificación de la familia. Con objeto de reducir la mortalidad infantil, el Gobierno ha establecido objetivos para ofrecer distintas clases de inmunización a muchos millones de niños.

Uno de los aspectos más espinosos de la salud reproductiva es el aborto. En algunos países las tasas de aborto han alcanzado grandes proporciones (véase el cuadro 7). En Viet Nam la tasa era de 80 por mil mujeres de 15 a 44 años a mediados del decenio de 1990 y, aunque está descendiendo, todavía era de más del 60 por mil en 1999. En Turkmenistán, las tasas de aborto eran del orden del 30 por mil al 40 por mil en el decenio de 1990. Sin embargo, el Gobierno de Turkmenistán no presta apoyo alguno para programas de planificación de la familia y anticonceptivos. Evidentemente, en esos países, las mujeres dependen en alto grado del aborto para limitar su fecundidad. Por ejemplo, en Viet Nam, al menos 4 de cada 10 embarazos terminan en aborto. En la India, donde el aborto se permite por motivos de salud así como por el fallo del anticonceptivo por parte de la mujer casada o de su marido, se cree que muchos abortos legales no se declaran y que se realiza un gran número de abortos ilícitos y en condiciones de riesgo. Según estadísticas

oficiales, el número de abortos legales era de 566.000 en 1995-1996, aunque se cree que el número real es de varias veces esa cifra.

Sólo se dispone de unas pocas estimaciones recientes del número de abortos realizados en los países donde ese procedimiento está muy restringido o es ilegal. Las últimas estimaciones de las tasas de aborto en los países de América Latina y el Caribe corresponden a 1989-1991 y son bastante altas en algunos países. El Brasil (41 por mil), Colombia (36 por mil), la República Dominicana (47 por mil), y el Perú (56 por mil). En México, la tasa de aborto era más baja y se mantuvo en 25 por mil mujeres de 15 a 44 años (Henshaw y otros, 1999; Singh y Wulf, 1994).

La información sobre abortos provocados en el África subsahariana es extremadamente fragmentaria. Los datos derivados de encuestas indican que en África, la mayoría de las mujeres que abortan no están casadas. En cambio, en los países de la ex Unión Soviética, la mayor parte de las mujeres que abortan están casadas, por ejemplo, más del 95% en Albania, Kirguistán y Uzbekistán. Una norma similar se observa en todos los países de Asia y América Latina para los que se dispone de datos, con excepción del Brasil, donde la mayoría de las mujeres que tienen abortos no están casadas. Donde la gran mayoría de las mujeres que tienen abortos están casadas, parece que se depende de este procedimiento como método, a veces principal, de regulación de la fecundidad.

En el decenio de 1990, algunos países con fecundidad intermedia modificaron sus leyes y reglamentaciones sobre el aborto y la práctica del aborto. Botswana (1991) y Sudáfrica (1996) introdujeron considerables enmiendas en su legislación o promulgaron nuevas leyes sobre el aborto de un talante mucho más liberal. El Sudán (1991) modificó su Código Penal para permitir el aborto en caso de violación o si el niño no nacido ha muerto en el seno materno. En El Salvador, en el nuevo Código Penal adoptado en 1997, se eliminaban todas las excepciones a la prohibición del aborto que existían anteriormente y se prohibía el aborto sin excepción.

En Asia, los últimos acontecimientos incluyen la promulgación de legislación sobre el aborto que sigue la ley islámica, por ejemplo, en la República Islámica del Irán (Código Penal de 1991). Indonesia (1992) y Malasia (1989) modificaron sus legislaciones respectivas para permitir el aborto por razones médicas. También en 1989, Mongolia enmendó su ley de salud para disponer que la maternidad es una cuestión que incumbe a la propia mujer que, por tanto, puede tener un aborto a petición durante los tres primeros meses del embarazo. Entre 1989 y 1991, el Gobierno de Viet Nam, aprobó una serie de leyes que regulaban el aborto de varias formas, incluida la ley de protección de la salud pública, que estipulaba que “la mujer tendrá derecho a abortar si así lo desea”, así como varios decretos que disponían la gratuidad de los dispositivos de control de nacimientos y de los servicios de salud pública para abortos para grandes sectores de la población.

Las leyes y políticas del aborto son mucho más restrictivas en el mundo en desarrollo que en el mundo desarrollado. Sólo uno de cada siete países en desarrollo (21 países) permite el aborto a solicitud de la interesada y sólo uno de cada seis lo permite por motivos económicos o sociales. Entre los países con fecundidad intermedia, el aborto se permite a solicitud de la interesada sólo en tres países de África: Cabo Verde, Sudáfrica y Túnez; en ocho países de Asia y Oceanía: Bahrein, Mongolia, Kirguistán, Turquía, Turkmenistán, Viet Nam y Uzbekistán; sólo en Guyana, en América Latina y el Caribe, y en Albania, en Europa (véase el cuadro 5). En la India, donde las tasas de aborto son altas, el aborto se permite por motivos de salud y por fallo del anticonceptivo por parte de la mujer casada o de su marido. Se cree que no se declaran muchos abortos legales y que el número de abortos ilícitos y en condiciones de riesgo es muy alto.

Programas especiales para adolescentes

En los años 90, la creciente preocupación por los embarazos y el aborto en la adolescencia dio un giro en la política para llegar más allá de la población casada —principal y, con frecuencia, único objetivo de los programas de planificación de la familia. En 2001, de los

57 países con fecundidad intermedia para los que se dispone de información, 42 (74%) declararon haber adoptado medidas para hacer frente a la fecundidad en la adolescencia y algunos habían adoptado programas integrados. En África, sólo cuatro países (Argelia, Cabo Verde, Marruecos y Sudán) y en América Latina y el Caribe tres países (Belice, El Salvador y Suriname) no declararon haber adoptado medidas especiales. En cambio, en Asia occidental, sólo dos países habían adoptado estas medidas (Israel y Turquía).

Entre las medidas adoptadas, se concedía más importancia a la información, la educación y la comunicación. La salud reproductiva y la vida en familia son parte de los programas de estudio de las escuelas públicas de muchos países. Algunos gobiernos tratan de llegar a los jóvenes fuera de la escuela. El Gobierno de Bangladesh ha establecido un programa para adolescentes que les proporciona información sobre nutrición, higiene, pubertad, sexualidad con menos riesgo, y riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En Kenya se han abierto centros de juventud y clínicas acogedoras para los jóvenes.

En Ghana, se ha establecido una oficina de salud en la adolescencia en el Ministerio de Salud. Se están organizando actividades innovadoras de planificación de la familia para motivar a los varones jóvenes. Se ha elaborado un proyecto de política sobre salud reproductiva en la adolescencia, al que se ha dado amplia difusión. Se están abriendo clínicas para adolescentes y centros de juventud en las escuelas. Se están llevando a cabo estudios sobre la sexualidad en la adolescencia de distintas dimensiones, cuyos resultados se tienen en cuenta en la planificación de programas. Tanto el gobierno como las organizaciones no gubernamentales están promoviendo programas de educación sobre la vida en familia para los jóvenes en la escuela y fuera de la escuela. También se están organizando programas de asesoramiento por compañeros.

En Viet Nam, la información y los servicios de planificación de la familia estaban dirigidos principalmente a la mujer. Por tanto, el Gobierno ha empezado recientemente a organizar programas de salud de los adolescentes (en general) y de servicios de salud reproductiva, en particular. Además, ha incorporado la educación sobre población en los programas de estudio de las escuelas públicas y está mejorándolos y ampliándolos.

Los jóvenes suelen encontrar obstáculos en los centros ordinarios de atención de la salud. Además, los anticonceptivos les están prohibidos a los adolescentes, independientemente de su estado civil, en muchos países en desarrollo, entre ellos Chile, la República Dominicana, Indonesia, Kenya, Malasia, Myanmar y Papua Nueva Guinea. En Bangladesh funciona un programa especial para adolescentes casados, a los que se permite el acceso a los servicios, aunque no existen restricciones en cuanto a la compra de anticonceptivos en el sector privado. En Papua Nueva Guinea el acceso a los servicios para adolescentes varía de una provincia a otra y de un grupo cultural a otro. El matrimonio precoz de las niñas, en particular las que tienen, si acaso, una instrucción muy rudimentaria, plantea graves dificultades al gobierno. La educación académica de las niñas termina con el matrimonio; por consiguiente, hay amplio margen para las campañas de información y educación dirigidas tanto a los padres como a los jóvenes. Aunque las tasas de embarazo en la adolescencia son altas en Vanuatu, los jefes y las familias de los pueblos no suelen apoyar la idea de poner la anticoncepción al alcance de las parejas que no están casadas o de quienes tienen muchas parejas sexuales, porque ese comportamiento es contrario a las normas y los valores culturales. En consecuencia, se produce un número considerable de embarazos no deseados. Uno de los aspectos que están considerando seriamente los gobiernos de algunos países es la educación sexual en la escuela.

Información, promoción y participación pública en los programas de planificación de la familia y de salud reproductiva

Muchos gobiernos están cada vez más convencidos de la importancia de despertar el interés del público en la planificación de la familia y la salud reproductiva y de su participación activa en los programas.

En Indonesia, donde alrededor del 90% de la población es musulmana, el Gobierno, antes de poner en marcha un programa de planificación de la familia, trató de establecer un ambiente propicio al apoyo del concepto general y de la política de control de la tasa de crecimiento de población. El Gobierno consiguió, mediante discusiones y consultas con dirigentes islámicos, ulamas, convertirlos en aliados que empezaron a apoyar activamente el programa. Su apoyo fue esencial para convencer al público de la necesidad de una planificación de la familia y asegurar el uso generalizado de distintas formas de anticoncepción. Otra característica del programa de planificación de la familia en ese país ha sido el alto grado de participación de la comunidad. Millones de voluntarios dedican su tiempo y energía a la planificación voluntaria de la familia y al trabajo en los servicios de salud (Singh, 1994). La tasa global de fecundidad descendió gradualmente de más de 5 hijos por mujer en el decenio de 1970, a 2,6 hijos en entre 1995 y 2000.

En la República Islámica del Irán, el Gobierno, ha dado marcha atrás a su política, con la que ahora trata de frenar el crecimiento de población, y ha establecido un programa nacional de planificación de la familia. Su principal objetivo es evitar los embarazos no deseados, para el mayor bienestar físico y social de las familias (Hoodfar, Homa y Samad Assadpour, 2000). El Gobierno ha incorporado la información sobre población, planificación de la familia y atención de la salud materno-infantil en materiales de programas de estudio y ha confiado a los medios informativos la tarea de divulgarlos y despertar el interés público en las cuestiones de población y los programas de planificación de la familia. Las jerarquías religiosas han participado en esa campaña con la promoción de familias más pequeñas, que citan como una responsabilidad social en sus sermones semanales. Han publicado fatwas, edictos religiosos que permiten e instan a la población a usar cualquier tipo de anticonceptivos, incluso la esterilización permanente del hombre y de la mujer. El Gobierno ha conseguido la participación activa del hombre en la planificación de la familia, ha establecido sesiones obligatorias prematrimoniales de orientación en materia de anticonceptivos para las parejas antes de recibir la licencia de matrimonio (Larsen, 2001). Los objetivos cuantitativos nacionales de 1993 eran alcanzar una tasa global de fecundidad de 4 hijos por mujer y una tasa de crecimiento de población del 2,3% en un plazo de 20 años. Ahora bien, la tasa global de fecundidad descendió abruptamente de 5,5 en 1988 a menos de 2,8 en 1996, un descenso del 50% en 6 años. La tasa real de crecimiento de población cayó aun con más rapidez, del 3,7% en 1985-1990 al 2% en 1990-1995 y al 1,2% en 2001, uno de los descensos más rápidos que se hayan registrado jamás.

En Viet Nam, aunque el programa de población y planificación de la familia ha existido desde 1963, sus actividades se promovieron con escaso éxito. El Gobierno fijó una meta consistente en reducir la tasa de crecimiento de población al 2% para 1980, que no se alcanzó. Se estableció una meta revisada para reducir la tasa de crecimiento de población al 1,7% para 1985. Cuando ésta tampoco se logró, el Gobierno se vio obligado a retrasar el cumplimiento de la meta para finales del decenio de 1990. En 1992, junto con la adopción de una nueva constitución y una serie de leyes sobre el matrimonio y la familia, atención de la salud y protección, el Gobierno aprobó un plan de educación sobre población y planificación de la familia. Sus objetivos generales eran promover la aceptación de una familia pequeña, sana, feliz y próspera como norma social, mediante la facilitación de información apropiada sobre población, desarrollo y métodos de planificación de la familia, y la movilización de todos los miembros de la comunidad para participar voluntariamente en el programa de población y planificación de la familia, con miras a alcanzar los objetivos generales de población del país.

La enseñanza sobre cuestiones de población ha sido obligatoria en todas las facultades, niveles y grados de educación en Viet Nam. También se ha incorporado en varias formas de educación no académica, como la erradicación del analfabetismo, la educación complementaria y la formación profesional. La infraestructura actual de organizaciones separadas para mujeres, jóvenes, campesinos y trabajadores y organizaciones de voluntarios, como la Cruz Roja, han permitido llevar la planificación de la familia a todo el país. El Frente Patriótico, organización general coordinadora de todas las organizaciones

patrióticas y de masas así como de sectores que representan a las diversas religiones, también ha participado en las actividades de población. Tiene contactos importantes con las distintas religiones y ha desempeñado un papel esencial en la movilización de su apoyo al programa de población y de planificación de la familia. Aunque las metas establecidas por el Gobierno eran el logro de una tasa global de fecundidad de 3,1 hijos por mujer para 2000 y 2,2 hijos para 2010, el descenso de la fecundidad ha sido mucho más rápido y ha sobrepasado las metas del Gobierno; llegó a 2,3 hijos por mujer a mediados del decenio de 1990. La tasa de crecimiento de población también descendió abruptamente al 1,4% en 1995-2000.

Los gobiernos de muchos países con fecundidad intermedia han puesto especial empeño últimamente en lograr la participación del público en los programas nacionales de población. Han adoptado medidas para promover una mayor participación ciudadana en los servicios de planificación de la familia y de salud reproductiva, con el fin de descentralizar su gestión. Las organizaciones no gubernamentales y los ciudadanos militantes, dirigentes religiosos y cívicos y el sector privado han participado activamente con el Gobierno en deliberaciones sobre nuevas políticas y programas así como su ejecución. Todas estas actividades parecen haber sido un factor importante de su ejecución.

En México, el Foro nacional de las mujeres y la política de población, red en la que están incorporadas más de 70 organizaciones de mujeres, trabaja en estrecha colaboración con el Gobierno y los estados para velar por que las políticas y los servicios reflejen el mandato de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (McDonald, 1999). En Marruecos, el Gobierno celebra consultas, con carácter regular, con más de 70 organizaciones no gubernamentales que trabajan en asuntos de la mujer y el desarrollo. En el Brasil y Sudáfrica, las organizaciones no gubernamentales que promueven los derechos de la mujer han tenido un papel destacado en la reorganización del programa nacional de salud. Además, en las condiciones de creciente descentralización en que se encuentran muchos países, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado a menudo suplen las deficiencias de los servicios financiados por el Gobierno. En Bangladesh, la descentralización ha sido uno de los principales aspectos de la reorganización del nuevo plan nacional de salud y población. Botswana ha establecido comités multidisciplinarios que agrupan comunidades, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. En Ghana se está concediendo más autonomía a las instituciones de distritos y subdistritos en lo que se refiere a la asignación de recursos. El Gobierno ha abierto una oficina en el Ministerio de Salud para coordinar las actividades en colaboración con el sector privado.

LAS POLÍTICAS SOCIALES Y LA FECUNDIDAD

Otras muchas políticas adoptadas por los gobiernos también pueden tener efectos demográficos. Algunas de ellas tienen que ver con la educación, el empleo y la situación de la mujer.

La instrucción de la mujer y las tasas más bajas de fecundidad están estrechamente relacionadas (Naciones Unidas, 1995). Las mujeres instruidas tienen más acceso al trabajo remunerado, se casan más tarde, quieren menos hijos y tienen menos hijos no deseados. También suelen estar mejor informadas en cuestión de anticonceptivos, empiezan a utilizarlos antes y se valen de los métodos modernos en vez de los tradicionales. La mayor parte de los países considerados han elaborado y puesto en práctica planes nacionales integrales de educación. Muchos gobiernos, por ejemplo, Indonesia y la Argentina, han establecido marcos jurídicos para asegurar la igualdad de acceso a la educación obligatoria primaria y secundaria para todos los niños. De especial interés es la escolarización de las niñas y las adolescentes. Muchos de los países de América Latina ilustran casos de planes plenamente elaborados e integrados, con metas y mecanismos claros de ejecución. En el Brasil, la educación es un derecho amparado por la Constitución, al que se dedica una parte considerable del presupuesto nacional. En 1993 se elaboró un plan decenal de educación para todos y, mediante legislación promulgada en 1996, se instituyó el Decenio para la educación (UNESCO, 2001). La Argentina ha recurrido a la acción legal para ase-

gurar la igualdad de acceso a la enseñanza obligatoria y gratuita para períodos de hasta 10 años. En el Perú, se aprobaron leyes sobre el derecho de la mujer a la educación, que incluyen la prohibición de expulsar a las estudiantes embarazadas. Los países africanos también han llevado a cabo diversas actividades para mejorar la educación. Argelia y Túnez están aplicando políticas para mejorar el grado de instrucción, al propiciar la apertura de escuelas en zonas rurales y aisladas. Además, el Gobierno de Argelia ha estado aplicando políticas que ofrecen apoyo a los estudiantes de familias pobres para sufragar los costos de transporte y matrícula escolar (Naciones Unidas, 2000). Con objeto de mejorar el grado de educación de todo el país, la India ha establecido un Comité Nacional de Ministros de Educación encargado de planificar y hacer realidad la educación elemental universal. En Asia sudoriental, el Gobierno de Indonesia está llevando a cabo un ambicioso plan para asegurar la educación primaria y secundaria gratuita y aplicar de manera más estricta las normas de asistencia a la escuela.

El apoyo gubernamental a la educación superior y la mayor participación en el mercado laboral estructurado (véase el cuadro 12) han dado una mayor independencia económica a la mujer. Por consiguiente, con arreglo a normas similares a las que han seguido las mujeres del mundo desarrollado, un número cada vez mayor de mujeres de países en desarrollo, en particular en las zonas urbanas, está postergando el matrimonio. En el transcurso de los últimos dos decenios, con cotas de educación cada vez más altas, la fuerza laboral, en principio eminentemente agrícola, ha ido evolucionando gradualmente hasta convertirse en una fuerza orientada a la industria y los servicios. Las mayores oportunidades de empleo y educación que brinda la vida urbana son más propicias a las familias más pequeñas.

Varios países han adoptado medidas para proteger a las mujeres que trabajan y mejorar las condiciones de trabajo de las madres. En particular, a partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), algunos países han adoptado medidas para conciliar sus leyes y políticas con los convenios internacionales. Entre ellos figuran Argelia, Chile, la República Dominicana, Ghana e Indonesia. Chile enmendó su Código de Trabajo en 1998 para prohibir a los patronos discriminar a las mujeres por su función procreadora, en su acceso al empleo y los ascensos (Naciones Unidas, 2000). Algunos países han promulgado nuevas leyes para aplicar los convenios internacionales del trabajo. Por ejemplo, el derecho de la madre a la licencia de maternidad después de dar a luz y la garantía de poderse reincorporar al trabajo se han reconocido internacionalmente desde que se aprobó el Convenio sobre la protección de la maternidad de la OIT en 1952 (Naciones Unidas, 2000). Por ese Convenio se garantiza una licencia por maternidad mínima de 12 semanas. Ahora bien, la manera en que se concede esta licencia, si es obligatoria o a discreción del patrono y el porcentaje de salario abonado, puede variar mucho. En general, las condiciones son menos favorables en los países de África y más adelantadas en América Latina.

CONCLUSIÓN

En el presente documento se examinan las opiniones y políticas gubernamentales sobre crecimiento demográfico y fecundidad en los países con fecundidad intermedia en la actualidad. También se presentan datos sobre políticas y variables sociales que pueden afectar la fecundidad, así como políticas respecto a la planificación de la familia y el uso de anticonceptivos.

Los puntos principales que se presentan en este documento son los siguientes:

- La mayoría de los países con fecundidad intermedia han tenido políticas para reducir la fecundidad durante los últimos 25 años. Estas políticas se suelen adoptar con más probabilidad por los países con fecundidad más alta.
- El porcentaje de países con fecundidad intermedia que prestan apoyo directo a la planificación de la familia ha aumentado en los últimos 25 años.

Cuadro 12
Participación de la mujer en la fuerza laboral (porcentaje)

País	1980	1990	1995	2000
África	40,0	39,9	40,2	40,5
África oriental	46,0	45,8	45,6	45,6
Kenya	46,0	45,9	46,1	46,1
África del Norte	27,2	27,5	29,0	30,4
Argelia	21,4	21,1	24,4	27,6
Egipto	26,5	27,0	28,7	30,4
Jamahiriya Árabe Libia	18,6	18,3	20,7	23,1
Marruecos	33,5	34,6	34,6	34,7
Sudán	26,9	27,0	28,4	29,6
Túnez	28,9	29,1	30,5	31,8
África meridional	35,9	37,5	38,1	38,5
Botswana	50,1	46,8	46,0	45,4
Lesotho	37,9	36,5	36,8	37,0
Sudáfrica	35,1	37,1	37,7	38,3
Swazilandia	33,7	37,1	37,4	37,6
África occidental	40,2	39,8	40,1	40,4
Cabo Verde	34,4	39,3	39,5	39,5
Ghana	51,0	50,8	50,6	50,4
Asia	39,1	39,5	39,8	40,1
Asia oriental	42,6	44,3	44,6	44,8
Mongolia	45,7	46,3	46,7	47,0
Asia centromeridional	34,0	32,1	32,9	33,6
Bangladesh	42,3	41,7	42,2	42,5
India	33,7	31,2	31,7	32,3
Irán (República Islámica del)	20,4	21,3	24,3	27,1
Kazajstán	47,6	46,3	46,3	47,0
Kirguistán	47,6	46,2	46,6	47,3
Nepal	38,8	40,4	40,5	40,5
Tayikistán	46,9	42,2	43,5	44,9
Turkmenistán	47,0	44,7	45,3	45,9
Uzbekistán	48,0	45,6	46,2	46,9
Asia sudoriental	40,6	42,2	42,6	43,0
Brunei Darussalam	23,4	32,3	34,1	35,7
Filipinas	35,0	36,6	37,1	37,8
Indonesia	35,2	38,5	39,7	40,8
Malasia	33,7	35,5	36,6	37,7
Myanmar	43,7	43,6	43,5	43,5
Viet Nam	48,1	49,7	49,3	49,0
Asia occidental	31,5	29,8	31,0	32,2
Bahrein	11,0	17,0	19,0	20,9
Emiratos Árabes Unidos	5,0	11,6	13,1	14,8
Israel	33,7	37,9	39,8	41,3
Jordania	14,6	17,4	21,0	24,4
Kuwait	13,0	22,7	31,2	31,3
Líbano	22,6	26,6	28,2	29,5
Qatar	6,4	11,2	12,6	15,2
República Árabe Siria	23,5	24,4	25,7	27,0
Turquía	35,5	34,6	36,1	37,6

Cuadro 12
Participación de la mujer en la fuerza laboral (porcentaje) (continuación)

País	1980	1990	1995	2000
Europa	42,6	43,9	44,3	44,9
Europa meridional	33,0	37,5	38,4	39,3
Albania	38,7	40,2	40,8	41,3
América Latina y el Caribe	27,9	32,6	33,8	34,8
El Caribe	34,9	36,7	37,9	38,9
Bahamas	43,4	46,0	46,6	47,1
Haití	44,6	43,1	43,0	42,9
Jamaica	46,3	47,0	46,9	46,8
República Dominicana	24,7	27,0	29,0	30,8
Santa Lucía				
América Central	26,4	29,5	31,3	33,1
Belice	21,1	21,4	22,6	23,9
Costa Rica	20,8	28,1	29,6	31,1
El Salvador	26,3	31,5	34,1	36,5
Guatemala	22,4	23,4	26,2	28,9
Honduras	25,2	27,7	29,8	31,8
México	26,9	30,0	31,7	33,2
Nicaragua	27,5	31,9	34,0	36,1
Panamá	29,9	32,4	33,9	35,3
América del Sur	27,5	33,1	34,2	35,0
Argentina	27,6	28,5	30,9	33,2
Bolivia	33,3	36,9	37,3	37,8
Brasil	28,4	34,8	35,2	35,5
Chile	26,3	30,0	31,8	33,6
Colombia	26,2	36,0	37,6	38,9
Ecuador	20,1	24,7	26,4	28,0
Guyana	25,1	31,2	32,8	34,0
Paraguay	26,7	27,9	29,0	30,0
Perú	23,9	27,5	29,6	31,3
Suriname	27,0	29,7	31,9	33,7
Uruguay	30,8	39,2	40,7	42,0
Venezuela	26,7	31,3	33,1	34,8
Oceanía	36,8	41,1	42,3	43,3
Fiji	17,2	23,4	27,2	30,6
Papua Nueva Guinea	41,8	41,2	41,7	42,2
Samoa				
Vanuatu				

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1997.

- No obstante, existe una gran diversidad entre las principales zonas del mundo. Casi todos los países con fecundidad intermedia de África, el 54% de los de Asia y Oceanía, y el 60% de los de América Latina y el Caribe tienen políticas para reducir la fecundidad.
- Algunos gobiernos han establecido objetivos cuantitativos nacionales respecto a la tasa de crecimiento de población y la tasa global de fecundidad, así como respecto al uso de anticonceptivos. Ahora bien, esos gobiernos están abandonando el sistema de objetivos cuantitativos a favor de la evaluación de las necesidades de la comunidad, con especial atención a las necesidades de los clientes y la mejora de la calidad de los servicios.

- Muchos gobiernos han estado usando incentivos y elementos de disuasión para modificar la fecundidad. Éstos incluyen restricciones en la concesión de la licencia por maternidad, prestaciones por hijos y jubilación, exenciones fiscales basadas en el número de hijos, elementos disuasivos fiscales y actividades de generación de empleo para quienes aceptan la planificación de la familia.
- A raíz de la adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muchos gobiernos han revisado sus políticas nacionales de población, en particular las de salud. También han integrado la planificación de la familia con la atención de la salud reproductiva y las políticas generales de salud.
- En algunos países con fecundidad intermedia, las mujeres dependen del aborto para limitar su fecundidad. Para hacer frente a este problema, los gobiernos están promoviendo la salud reproductiva y la ampliación de las opciones de anticonceptivos.
- La fecundidad de las adolescentes es motivo de creciente preocupación para muchos gobiernos de países con fecundidad intermedia, en particular en América Latina y el Caribe y en África. En consecuencia, se está tratando de llevar los programas gubernamentales más allá de la población casada.
- Muchos gobiernos están cada vez más convencidos de la importancia de despertar el interés público en la planificación de la familia y la salud reproductiva y de la participación activa de la sociedad civil en la ejecución de los programas. Han adoptado medidas para promover una mayor participación de la comunidad en los servicios de planificación de la familia y salud reproductiva y para descentralizar su gestión.
- Las políticas de empleo, educación, salud, en particular la salud infantil, relaciones de género y el adelanto de la mujer pueden tener un efecto en la fecundidad. La mayoría de los países con fecundidad intermedia ha formulado esas políticas, aunque con distinto grado de intensidad, prioridad y cobertura.

BIBLIOGRAFÍA

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1999). *Estado Mundial de la Infancia 1999*.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh y Taylor Haas (1999). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 25, No. 1 (junio).
- Hoodfar, Homa, y Samad Assadpour (2000). The Politics of Population Policy in the Islamic Republic of Iran. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 31, No. 1 (marzo).
- Larsen, Janet (2001). Iran's Birth Rate Plummeting at Record Pace: Success Provides a Model for Other Developing Countries. *Eco-Economy Successes and Setbacks*. Washington: Earth Policy Institute.
- McDonald, Mia (1999). *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report*. Nueva York: Family Care International.
- Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo 5-13 de septiembre de 1994. No. de venta E.95.XIII.16.
- _____ (1995). *The World's Women 1995: Trends and Statistics* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.95.XVII.2).
- _____ (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.00.XVII.14)
- Singh, Rahul (1994). *Family Planning Success Stories*. Nueva Delhi: UBS Publisher's Distributors Ltd.
- Singh, Susheela, y Deirdre Wulf (1994). Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 20, No. 1.

Singh, Susheela, y Josefina V. Cabigon, Alaf Hossain, Haidary Kamal y Aurora E. Pérez (1997). Estimating the Level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 23, No. 3 (septiembre).

UNESCO (2001). *Education for All: Initiatives, Issues and Strategies*, París.

Medidas del esfuerzo de los programas de planificación de la familia: tendencias pasadas y perspectivas futuras

*John A. Ross**

La División de Población se ha venido interesando, al menos durante los últimos 25 años, por los programas nacionales de planificación de la familia como determinante de la fecundidad, y muy pronto empezó a patrocinar una serie de investigaciones de los métodos y las conclusiones al respecto (Naciones Unidas 1978a, 1978b, 1981). En ese mismo período, se midieron los índices de la fuerza, o el esfuerzo, de esos programas, con objeto de utilizarlos como insumos independientes, con los que se pudieran relacionar los resultados en cuanto a uso de anticonceptivos y fecundidad. Los índices tomaron forma en 1972 (Lapham y Mauldin, 1972) y se repitieron en 1982, 1989, 1994 y 1999. El presente documento se concentra en los programas nacionales de planificación de la familia, pasados y presentes, con especulaciones sobre su futuro, y en su relación general con los aumentos de uso de anticonceptivos y descensos de las tasas de fecundidad.

* The Futures Group International, Glastonbury, Glastonbury, Connecticut.

LOS DATOS

En 1999 se reunieron los índices de esfuerzo de planificación de la familia (EPF) de 88 países, todos los cuales tenían más de un millón de habitantes en 2000, y 47 de ellos formaban parte de la lista de países con fecundidad intermedia de este seminario. Además, se incluyen otros seis países del grupo de fecundidad intermedia con más de un millón de habitantes, hasta un total de 53 países (véase el cuadro 1).

Se dispone de puntuaciones por esfuerzo de planificación de la familia para la mayor parte de los países en las primeras rondas de 1982, 1989, 1994 y 1999. Los cuestionarios se han enviado a un pequeño número de observadores expertos para cada país; contienen cerca de 120 preguntas que se reducen a 30 características del programa (descritas detalladamente en Ross y Stover, 2001). Las 30 puntuaciones se organizan con arreglo a cuatro componentes, para políticas, servicios, evaluación /vigilancia y disponibilidad de método, y se convierten al porcentaje del máximo (100) para facilitar su comparación (cuadro 2).

Los datos sobre uso de anticonceptivos se derivan de las encuestas demográficas y de salud enumeradas en Naciones Unidas (2000a) y de otras fuentes; las tasas globales de fecundidad se han tomado de las Naciones Unidas (2000b)

Estos 53 países contienen tres quintas partes (61%) de la población del mundo en desarrollo, excluida China. Se incluyen cinco de los ocho países en desarrollo más extensos (India, Indonesia, Bangladesh, México y Brasil), que contienen un 46%. Veintiún países están en América Latina, nueve en Asia, 12 en África del Norte y Oriente Medio y cuatro en las Repúblicas de Asia central. Por último, la mayor selectividad corresponde al África subsahariana, ya que el grupo de países con fecundidad intermedia (TGF de 2,1 a 4,9) incluye sólo siete de los, aproximadamente, 50 países de la región, todos en el grupo de habla inglesa.

Cuadro 1

Cincuenta y tres países en desarrollo con tasas globales de fecundidad entre 2,1 y 4,9 y volumen de población de más de un millón

Por TGF			Por volumen de población			Por orden alfabético		
País	TGF 2000	Población 2000	País	TGF 2000	Población 2000	País	TGF 2000	Población 2000
Túnez	2,21	9 459	India	3,15	1 008 937	Argelia	3,02	30 291
Brasil	2,21	170 406	Indonesia	2,43	212 092	Argentina	2,53	37 032
Líbano	2,23	3 496	Brasil	2,21	170 406	Bangladesh	3,68	137 439
Uruguay	2,35	3 337	Bangladesh	3,68	137 439	Bolivia	4,14	8 329
Viet Nam	2,38	78 137	México	2,62	98 872	Botswana	4,15	1 541
Chile	2,40	15 211	Viet Nam	2,38	78 137	Brasil	2,21	170 406
Indonesia	2,43	212 092	Filipinas	3,44	75 653	Colombia	2,71	42 105
Jamaica	2,44	2 576	Irán (Rep. Islámica del)	2,98	70 330	Costa Rica	2,75	4 024
Turquía	2,50	66 668	Egipto	3,14	67 884	Chile	2,40	15 211
Mongolia	2,51	2 533	Turquía	2,50	66 668	Ecuador	2,93	12 646
Panamá	2,52	2 856	Myanmar	3,05	47 749	Egipto	3,14	67 884
Argentina	2,53	37 032	Sudáfrica	2,98	43 309	El Salvador	3,03	6 278
Uzbekistán	2,57	24 881	Colombia	2,71	42 105	Emiratos Árabes Unidos	3,02	2 606
Kirguistán	2,61	4 921	Argentina	2,53	37 032	Filipinas	3,44	75 653
México	2,62	98 872	Sudán	4,69	31 095	Ghana	4,41	19 306
Colombia	2,71	42 105	Kenya	4,38	30 669	Guatemala	4,67	11 385
Costa Rica	2,75	4 024	Argelia	3,02	30 291	Haití	4,18	8 142
Kuwait	2,78	1 914	Marruecos	3,22	29 878	Honduras	4,01	6 417
República Dominicana	2,80	8 373	Perú	2,81	25 662	India	3,15	1 008 937
Perú	2,81	25 662	Uzbekistán	2,57	24 881	Indonesia	2,43	212 092
Venezuela	2,85	24 170	Venezuela	2,85	24 170	Irán (Rep. Islámica del)	2,98	70 330
Ecuador	2,93	12 646	Nepal	4,65	23 043	Jamahiriyá Árabe Libia	3,56	5 290
Sudáfrica	2,98	43 309	Malasia	3,08	22 218	Jamaica	2,44	2 576
Irán (Rep. Islámica del)	2,98	70 330	Ghana	4,41	19 306	Jordania	4,50	4 913
Emiratos Árabes Unidos	3,02	2 606	República Árabe Siria	3,83	16 189	Kenya	4,38	30 669
Argelia	3,02	30 291	Chile	2,40	15 211	Kirguistán	2,61	4 921
El Salvador	3,03	6 278	Ecuador	2,93	12 646	Kuwait	2,78	1 914
Myanmar	3,05	47 749	Guatemala	4,67	11 385	Lesotho	4,60	2 035
Malasia	3,08	22 218	Túnez	2,21	9 459	Líbano	2,23	3 496
Egipto	3,14	67 884	República Dominicana	2,80	8 373	Malasia	3,08	22 218
India	3,15	1 008 937	Bolivia	4,14	8 329	Marruecos	3,22	29 878
Marruecos	3,22	29 878	Haití	4,18	8 142	México	2,62	98 872
Tayikistán	3,29	6 087	Honduras	4,01	6 417	Mongolia	2,51	2 533
Turkmenistán	3,39	4 737	El Salvador	3,03	6 278	Myanmar	3,05	47 749
Filipinas	3,44	75 653	Tayikistán	3,29	6 087	Nepal	4,65	23 043
Jamahiriyá Árabe Libia	3,56	5 290	Paraguay	4,00	5 496	Nicaragua	4,07	5 071
Bangladesh	3,68	137 439	Jamahiriyá Árabe Libia	3,56	5 290	Panamá	2,52	2 856
República Árabe Siria	3,83	16 189	Nicaragua	4,07	5 071	Papua Nueva Guinea	4,46	4 809
Paraguay	4,00	5 496	Kirguistán	2,61	4 921	Paraguay	4,00	5 496
Honduras	4,01	6 417	Jordania	4,50	4 913	Perú	2,81	25 662
Nicaragua	4,07	5 071	Papua Nueva Guinea	4,46	4 809	República Árabe Siria	3,83	16 189
Bolivia	4,14	8 329	Turkmenistán	3,39	4 737	República Dominicana	2,80	8 373
Botswana	4,15	1 541	Costa Rica	2,75	4 024	Sudáfrica	2,98	43 309
Haití	4,18	8 142	Líbano	2,23	3 496	Sudán	4,69	31 095
Kenya	4,38	30 669	Uruguay	2,35	3 337	Swazilandia	4,62	925
Ghana	4,41	19 306	Panamá	2,52	2 856	Tayikistán	3,29	6 087
Papua Nueva Guinea	4,46	4 809	Emiratos Árabes Unidos	3,02	2 606	Túnez	2,21	9 459
Jordania	4,50	4 913	Jamaica	2,44	2 576	Turkmenistán	3,39	4 737
Lesotho	4,60	2 035	Mongolia	2,51	2 533	Turquía	2,50	66 668
Swazilandia	4,62	925	Lesotho	4,60	2 035	Uruguay	2,35	3 337
Nepal	4,65	23 043	Kuwait	2,78	1 914	Uzbekistán	2,57	24 881
Guatemala	4,67	11 385	Botswana	4,15	1 541	Venezuela	2,85	24 170
Sudán	4,69	31 095	Swazilandia	4,62	925	Viet Nam	2,38	78 137

Cuadro 2
Puntuaciones por esfuerzo de planificación de la familia, 1999,
de 47 países con fecundidad intermedia

	Puntuación total	Cuatro componentes			
		Política	Servicio	Evaluación	Disponibilidad
América Latina					
Argentina	29,5	32,8	21,3	35,8	39,6
Bolivia	48,5	46,3	43,6	45,4	63,7
Brasil	59,4	50,0	46,5	59,2	100,0
Chile	60,8	50,2	56,0	60,0	85,5
Colombia	64,2	43,9	66,2	77,6	80,1
Costa Rica	32,3	38,0	20,7	18,5	56,8
Ecuador	46,0	47,3	43,3	47,1	49,5
El Salvador	45,9	48,8	45,1	40,9	46,2
Guatemala	36,7	34,8	31,8	34,6	51,0
Haití	51,4	58,9	49,7	39,2	51,0
Honduras	43,8	43,1	41,3	39,6	52,3
Jamaica	62,5	71,1	59,0	63,3	58,2
México	74,6	79,0	62,5	84,2	90,4
Nicaragua	49,5	35,3	53,2	60,0	54,9
Panamá	49,4	61,4	34,4	59,9	60,7
Paraguay	55,7	56,3	42,9	59,4	80,6
Perú	58,6	65,0	41,9	60,1	85,4
República Dominicana	50,0	43,3	51,7	43,8	58,5
Uruguay	33,9	22,3	30,2	54,2	47,0
Venezuela	29,0	31,9	11,7	13,3	70,8
Medias	49,1	48,0	42,6	49,8	64,1
Asia					
Bangladesh	74,5	70,3	74,9	71,6	80,6
Filipinas	56,5	56,3	49,8	66,4	66,7
India	65,0	72,0	58,4	60,1	72,3
Indonesia	82,2	83,6	86,1	80,9	72,4
Malasia	68,7	71,9	61,4	85,8	71,7
Mongolia	37,6	30,6	35,1	25,8	58,5
Myanmar	36,6	33,7	37,5	58,9	27,4
Nepal	57,0	61,1	56,0	66,9	48,9
Viet Nam	76,0	81,6	73,6	65,5	79,0
Medias	61,6	62,3	59,2	64,7	64,2
África subsahariana					
Ghana	63,5	68,0	61,4	71,5	58,0
Kenya	62,3	55,4	64,4	62,8	66,7
Lesotho	61,5	62,3	57,8	76,9	60,8
Sudáfrica	53,9	61,9	45,4	46,0	65,5
Sudán	34,7	40,6	40,3	39,4	12,0
Medias	55,2	57,7	53,9	59,3	52,6
África del Norte/Oriente Medio					
Argelia	64,2	80,9	55,1	65,0	60,4
Egipto	57,3	63,3	58,3	59,8	45,7
Irán (República Islámica del)	71,3	70,3	62,3	67,9	94,0

Cuadro 2
Puntuaciones por esfuerzo de planificación de la familia, 1999,
de 47 países con fecundidad intermedia (continuación)

	Puntuación total	Cuatro componentes			
		Política	Servicio	Evaluación	Disponibilidad
África del Norte/Oriente Medio (continuación)					
Jordania	46,8	47,2	44,6	52,8	48,0
Líbano	60,0	49,1	62,8	74,2	61,2
Marruecos	57,1	56,7	51,4	75,8	60,6
República Árabe Siria	66,2	52,5	74,4	88,1	56,1
Túnez	71,2	80,0	70,8	87,5	52,4
Turquía	58,9	70,6	43,6	60,9	75,5
Medias	61,4	63,4	58,1	70,2	61,5
Central Asia					
Kirguistán	48,6	44,5	42,9	53,8	63,9
Tayikistán	54,2	58,1	48,4	68,3	54,6
Turkmenistán	58,5	48,6	58,6	65,3	68,3
Uzbekistán	55,4	69,4	47,8	41,0	60,2
Medias	54,2	55,2	49,4	57,1	61,7
Media total	54,9	55,3	50,6	58,2	62,2

PROYECCIONES ANTERIORES

Se ha escrito mucho sobre el efecto de los programas de acción en el uso de anticonceptivos y en la fecundidad, pero se han hecho muy pocas proyecciones específicas de los efectos del programa en el futuro. Tres de ellas se describen a continuación.

Una primera proyección

Bernard Berelson (1978) usó 12 indicadores demográficos y sociales y las puntuaciones del esfuerzo de planificación de la familia para determinar las perspectivas de 29 países o zonas en desarrollo de llegar a la tasa bruta de natalidad (TBN) de 20 para el año 2000. Dividió estos países o zonas, que representaban el 85% del mundo en desarrollo, en cuatro grupos:

- *El seguro*: Corea del Sur, Taiwán provincia de China, Chile.
- *El probable*: China, Brasil, México, Filipinas, Tailandia, Turquía, Colombia, Sri Lanka, Venezuela, Malasia.
- *El posible*: India, Indonesia, Egipto, Perú.
- *El improbable*: Bangladesh, Pakistán, Nigeria, República Islámica del Irán, Zaire, Afganistán, Sudán, Marruecos, Argelia, República Unida de Tanzania, Kenya, Nepal.

También proyectó los descensos anteriores de fecundidad al 2000 para cada grupo, y mostró que los cuatro grupos, por orden, deberían alcanzar tasas brutas de natalidad muy diferentes (ponderadas por población). Estas tasas se basaron en dos hipótesis: que en el futuro continuarían los descensos de los 20 años anteriores (1955-1975) o que en el futuro se duplicaría el descenso de los 10 años anteriores (1965-1975) durante los cuales los descensos eran tal vez más rápidos y los programas de acción habrían entrado en juego.

Valores previstos de tasa bruta de natalidad para 2000 con arreglo a dos hipótesis

Categoría	TBN 1975	Descenso = 1955-1975	Descenso = doble 1965-1975	Proyección 2000 de las Naciones Unidas
El seguro	24	15	15	19,6
El probable	29	24	19	21,5
El posible	37	31	26	26,6
El improbable	48	47	46	36,8
Total	34	30	26	25,6

(No se tomaron proyecciones de países por debajo de la TBN 15, y tres países con ligeros aumentos en los datos de 1955, 1965 y 1975 se consideraron como si no hubiera habido cambio.)

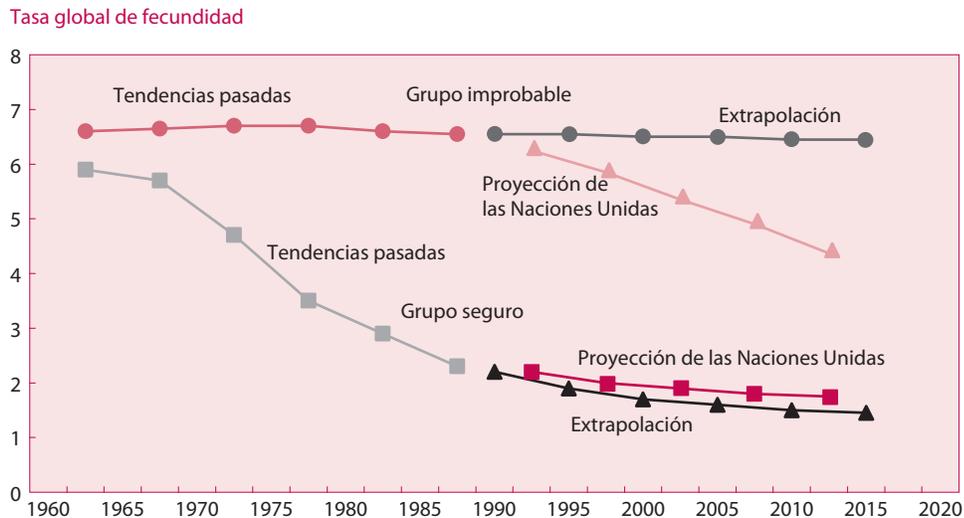
En aquel tiempo, las proyecciones de variante media de las Naciones Unidas de la TBN en 2000 para los mismos grupos de países, se muestran en la última columna. La coincidencia con la segunda proyección es buena en general y aproximada en dos grupos.

Una segunda proyección

En una actualización parcial del trabajo de Berelson se evaluaba la probabilidad de que cada uno de los 37 países en desarrollo alcanzara la fecundidad de reemplazo para 2015 (Mauldin y Ross, 1994). Estos países, con poblaciones de 15 millones o más en 1990, contenían un 91% del mundo en desarrollo y se dividieron en los mismos cuatro grupos, definidos por cuartiles en un índice compuesto basado en cinco indicadores, que incluían la proporción de uso de anticonceptivos en 1990 y el esfuerzo de planificación de la familia de la ronda de 1989, así como un indicador del entorno socioeconómico que, a su vez, estaba integrado por siete elementos demográficos y sociales.

Al proyectar la tendencia pasada de la TBN al 2015 para cada uno de los cuatro grupos, se comprobó que sólo había una coincidencia muy marcada con las proyecciones de la variante media de las Naciones Unidas en los grupos seguro y probable. La coincidencia no era aproximada en los otros grupos. En el gráfico I se compara la coincidencia del grupo improbable y del grupo seguro. El nivel de fecundidad alto y constante del grupo improbable, al ser proyectado por el índice compuesto, permanecía alto y plano, mientras que la proyección de las Naciones Unidas mostraba considerable descenso. Desde que se hizo este

Gráfico I
Promedio de tasas globales de fecundidad proyectadas para 19 países en desarrollo, grupos con perspectivas improbables y seguras, con arreglo a la extrapolación de tendencias pasadas y proyecciones de las Naciones Unidas



Fuente: Mauldin y Ross, 1994, pág. 91.

análisis, tres de los 11 países del grupo improbable (cuadro 3) han alcanzado tasas brutas de natalidad (1995-2000) por debajo de 5 y están incluidos en el grupo de este seminario, al igual que los cinco países de la categoría “posible”. Ejercicios como éste se pueden repetir a determinados intervalos y se pueden aplicar ahora al grupo de países con fecundidad intermedia con datos actuales.

Una tercera proyección

Una tercera proyección se refiere sólo a los índices de esfuerzo del programa, no a la fecundidad, y se limita al período de 5 años comprendido entre el esfuerzo de planificación de la familia de la ronda de 1999 y 2004 (basado en Ross y Stover, 2000). No obstante, la experiencia con métodos usados para períodos cortos puede ayudar a esclarecer cómo extrapolar mejor a períodos más largos.

Se hicieron cinco proyecciones; las cuatro primeras usaban los cambios de 1994 a 1999 como base de las estimaciones de los cambios futuros. La quinta proyección usaba todos los cambios anteriores, a partir de 1982. Para este ejercicio, se dividió a los países en cuatro grupos con arreglo a la puntuación total (porcentaje del máximo):

Fuerte	> 67
Moderado	46 - 66
Débil	21 - 45
Muy débil/nulo	0 - 24

Para las proyecciones A, B y C, los dos primeros grupos se combinaron como “más fuerte” y los dos últimos se combinaron como “más débil”. En la proyección D, los dos primeros grupos se trataron separadamente y se compararon con la combinación de los dos últimos grupos. En la proyección E se trataba a cada país por separado.

- *Proyección A:* Dejar que cada programa más débil mejore en cada una de las puntuaciones de EPF tanto como lo hizo en los últimos 5 años. Mantener constantes todas las puntuaciones del programa más fuerte. Resultado: persistencia de grandes diferencias entre las nuevas puntuaciones del programa más débil y las puntuaciones del programa más fuerte de 1999. Asimismo, la puntuación de todo el país cambió poco, en parte porque los programas más débiles no son numerosos.
- *Proyección B:* Dejar que cada programa más débil se mueva al punto medio, en cada una de las 30 puntuaciones, hacia el nivel promedio de 1999 de los programas más fuertes. Mantener constantes todas las puntuaciones del programa más fuerte. El resultado es mejor que el de la proyección A: la puntuación total mejora más y hay mejoras en los cuatro componentes. Ahora bien, el número relativamente pequeño de programas más débiles significa que la puntuación para todo el país cambia poco.
- *Proyección C:* Igual que la proyección B, pero el movimiento ascendente de cada programa más débil ocurre sólo en 21 de las 30 puntuaciones, aquéllas en las que el promedio más fuerte era bastante alto y había amplio margen de aumento por la mayoría de los programas más débiles (no es razonable esperar que los programas más débiles mejoren de manera apreciable en las nueve puntuaciones en las que incluso los programas más fuertes han tenido un desempeño deficiente, es decir, por debajo de 50, la mitad del máximo). Resultado: menos mejora que en la proyección B, debido a la omisión de 9 puntuaciones, tanto en general como para tres de los cuatro componentes.
- *Proyección D:* Desglosar el grupo más fuerte en sus dos componentes (los grupos “moderado” y “fuerte”). Dejar que los programas más débiles se muevan al punto medio hacia el nivel de 1999 de los programas moderados y dejar que los programas moderados se muevan al punto medio hacia el nivel de 1999 de los programas fuertes. Esto produce una ganancia mucho mayor, mayor que en las proyecciones A-C, tanto en general como para cada uno de los cuatro

Cuadro 3
Indicadores para 37 países con arreglo a categorías de perspectivas de descenso de la fecundidad

Perspectiva del país/zona	Tasa global de fecundidad 1985-1990	Descenso de la tasa global de fecundidad entre 1960-1965 y 1985-1990	Proporción del uso de anticonceptivos 1990 (porcentaje)	Puntuación por esfuerzo del programa (porcentaje del máximo), 1989	Indicador socioeconómico, 1985	Índice compuesto
Seguro						
Taiwán, Provincia de China	1,76	3,69	80,0	81	81	85
Corea, República de	1,73	3,67	79,3	81	79	84
China	2,38	3,55	80,0	87	55	78
Tailandia	2,57	3,85	72,8	80	57	77
Colombia	2,90	3,86	66,1	62	72	74
Corea (Rep. Popular Democrática de)	2,50	3,25	69,4	54	72	72
Sri Lanka	2,67	2,49	65,7	80	62	71
México	3,60	3,15	57,2	77	74	70
Media	2,51	3,44	71,3	75	69	76
Media ponderada	2,40	3,50	78,1	85	58	78
Probable						
Brasil	3,20	2,95	69,8	32	71	64
Malasia	4,00	2,72	54,2	66	68	63
Venezuela	3,45	3,01	57,2	54	81	63
Indonesia	3,48	1,94	48,6	80	54	61
Perú	4,00	2,85	56,7	51	68	60
Turquía	3,79	2,32	65,0	46	63	60
Viet Nam	4,22	1,83	55,0	68	54	57
Sudáfrica	4,38	2,13	58,4	62	57	56
Filipinas	4,30	2,31	37,7	49	64	54
Egipto	4,53	2,54	44,7	66	53	54
Argentina	2,96	0,13	63,1	21	84	53
India	4,20	1,61	46,6	72	42	52
Marruecos	4,82	2,33	38,8	57	50	50
Media	3,95	2,21	53,5	56	62	57
Media ponderada	4,00	1,91	50,1	65	51	55
Posible						
Argelia	5,43	1,95	48,9	46	61	47
Bangladesh	5,10	1,58	37,2	72	29	43
Myanmar	4,50	1,50	42,4	12	46	39
Irán (República Islámica del)	6,50	0,76	40,5	57	61	37
Kenya	6,80	1,32	28,8	58	46	35
Media	5,67	1,42	39,6	49	49	40
Media ponderada	5,50	1,40	38,1	55	43	41
Improbable						
Ghana	6,39	0,51	14,4	52	45	28
Nepal	5,95	-0,91	20,5	59	27	27
Iraq	6,15	1,03	19,7	1	68	25
Pakistán	6,75	0,25	11,9	48	36	24
Nigeria	6,90	-0,03	6,0	43	42	21
Zaire	6,70	-0,70	8,7	28	47	19
Tanzanía (República Unida de)	6,80	0,00	8,6	42	34	18
Sudán	6,44	0,23	8,8	20	31	16
Afganistán	6,90	0,11	5,9	36	20	14
Etiopía	7,00	-0,30	4,3	32	27	13
Uganda	7,30	-0,40	4,3	33	29	13
Media	6,66	0,06	10,3	36	37	20
Media ponderada	6,75	0,02	9,2	39	37	20

componentes. La ganancia en la puntuación de todo el país se debe principalmente a los programas moderados, que mejoran considerablemente y son también especialmente numerosos. Los programas más débiles también mejoran casi en la misma proporción y los dos grupos juntos compensan el cambio cero proyectado para el grupo más fuerte, y proporcionan la ganancia general.

- *Proyección E*: otra opción es usar un método de regresión para predecir la puntuación de 2004 a partir de las puntuaciones de 1999, basado en todas las relaciones pasadas de puntuaciones iniciales a subsiguientes. Se usaron los datos de cambios (para la puntuación total solamente) de 1982 a 1989, de 1989 a 1994 y de 1994 a 1999. Al poner en un solo marco todos estos cambios y predecir cada puntuación sobre la base de la anterior, se obtiene una ecuación que se aplicó a todas las puntuaciones de 1999 para estimar las de 2004. (La ecuación final usada era simplemente lineal; las pruebas anteriores habían demostrado que un término cuadrado era insignificante. Además, los resultados eran similares cuando la ecuación se basaba en cualquier período anterior en vez de basarse en los tres períodos). Resultado: ese ejercicio produjo un pequeño descenso de la puntuación total en los programas fuerte y moderado, pero un aumento mayor para los programas más débiles, suficiente para aumentar ligeramente la puntuación de todo el país.

En el gráfico II se ilustran los efectos de las proyecciones A-D en los cuatro componentes, que muestran la ventaja de la proyección D para los cuatro.

El resultado neto de estas pruebas es que los programas más débiles no son suficientemente numerosos para cambiar mucho las puntuaciones de todo el país, a menos que se permita que mejoren considerablemente. Es decir, las proyecciones A-C pusieron límites a los cambios posibles, y sólo cuando los programas moderados, más numerosos, se desglosaron en la proyección D, cambió mucho la puntuación para todo el país. Ahora bien, las regresiones en la proyección E reflejaron el ritmo de cambios anteriores de los programas más débiles, y han sido los programas más débiles los que han mejorado más en los últimos decenios.

Gráfico II
Cuatro proyecciones de puntuación de componentes a 2004, comparadas con 1999

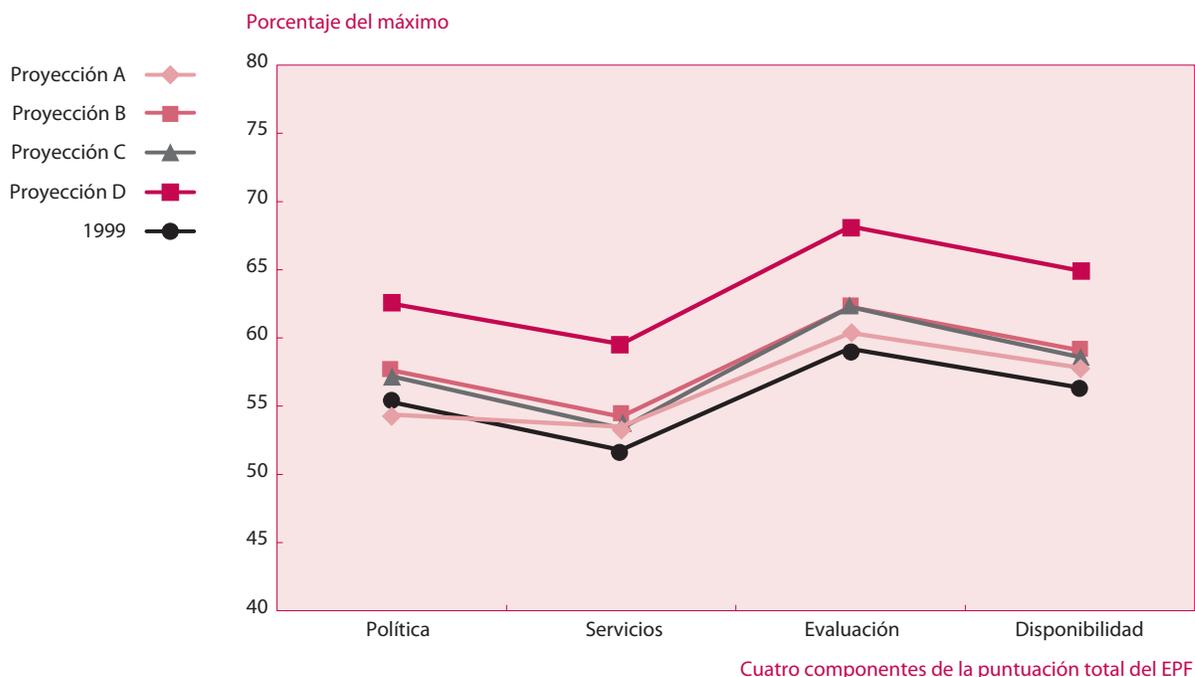


Gráfico IIIc
Uso de anticonceptivos en los países de la región del Oriente Medio
y África del Norte, 1980-2001

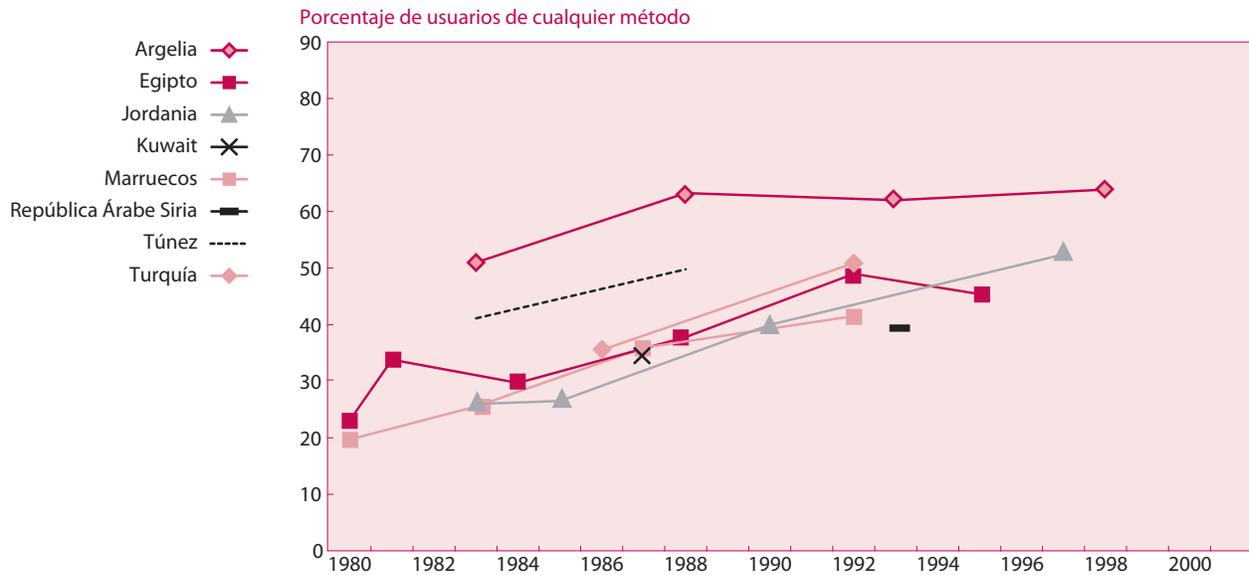
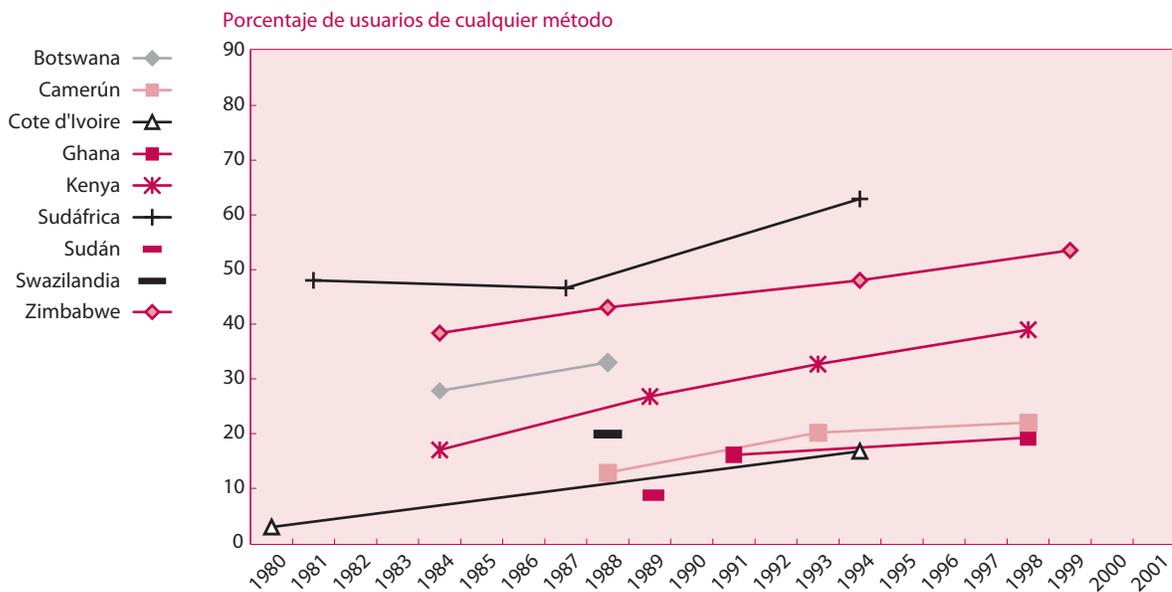


Gráfico III d
Uso de anticonceptivos en los países de la región del África subsahariana, 1980-2001



Las principales observaciones que sugieren estas tendencias son:

- La notable uniformidad del movimiento ascendente;
- La falta de nivelación, hasta ahora;
- La amplia propagación de niveles entre países en cada una de las cuatro grandes regiones;
- La gran semejanza de las tendencias centrales en Asia, América Latina y África del Norte /Oriente Medio (menos pronunciada en el África subsahariana).

En la mayor parte de los países estudiados se han registrado aumentos continuos de uso de anticonceptivos, lo cual es acorde con sus descensos de fecundidad al grupo intermedio, pero todavía varían mucho en una amplia gama de niveles, y esas variaciones son más pronunciadas dentro de cada región que cualquier diferencia en los promedios regionales, excepto el promedio regional del África subsahariana, que es más bajo.

Las medidas de esfuerzo del programa también han ido en alza en promedio, pero con menos regularidad que las tendencias de uso (gráfico IVa-IVd). En general, los pro-

Gráfico IVa
Puntuación total por esfuerzo del programa de los países de la región de Asia, 1982-1999

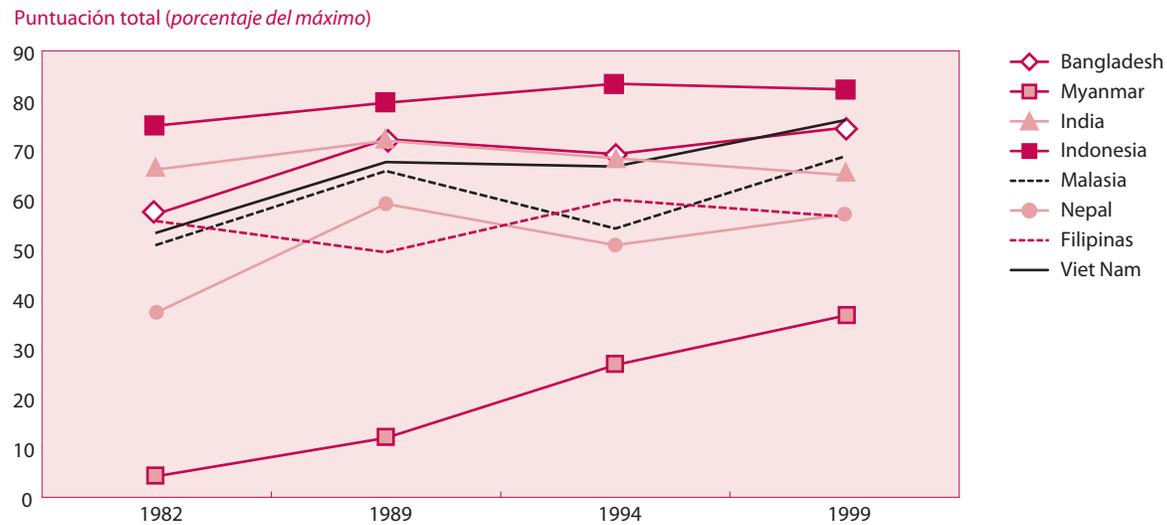


Gráfico IVb
Puntuación total por esfuerzo del programa de los países de la región de América Latina, 1982-1999

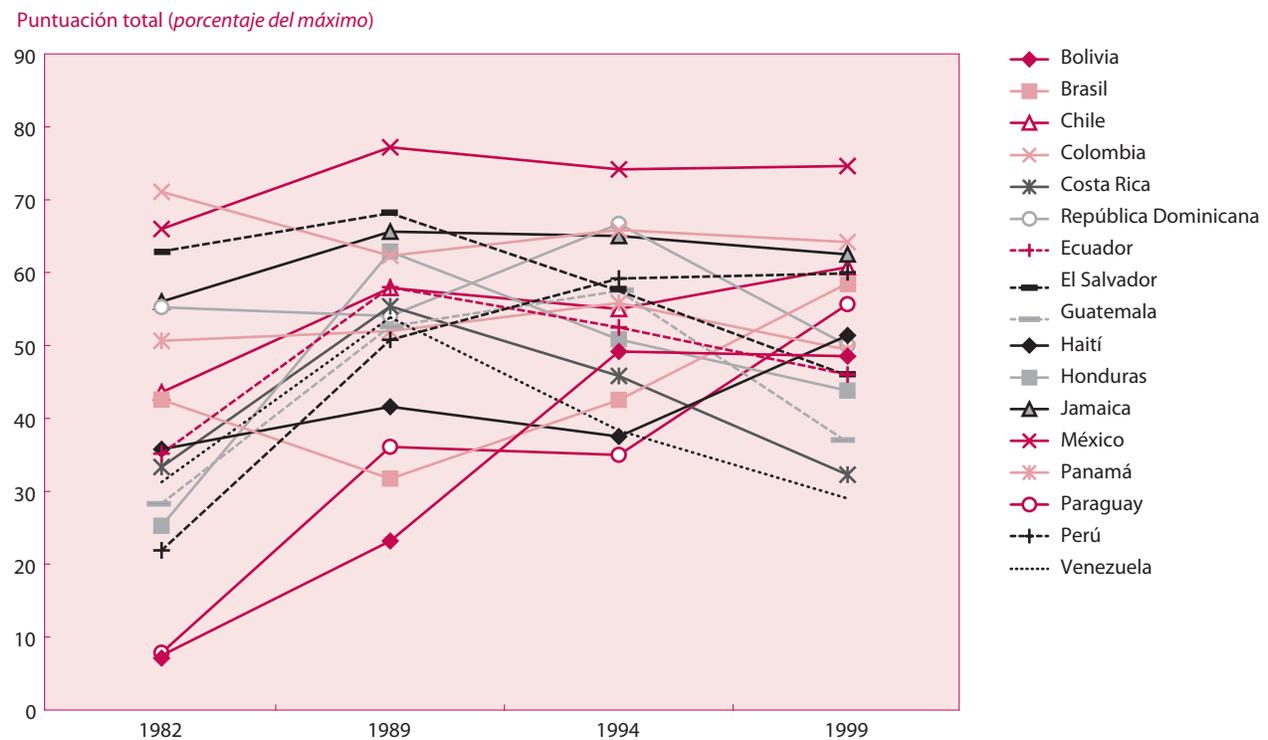


Gráfico IVc
Puntuación total por esfuerzo del programa de los países de la región del Oriente Medio y África del Norte, 1982-1999

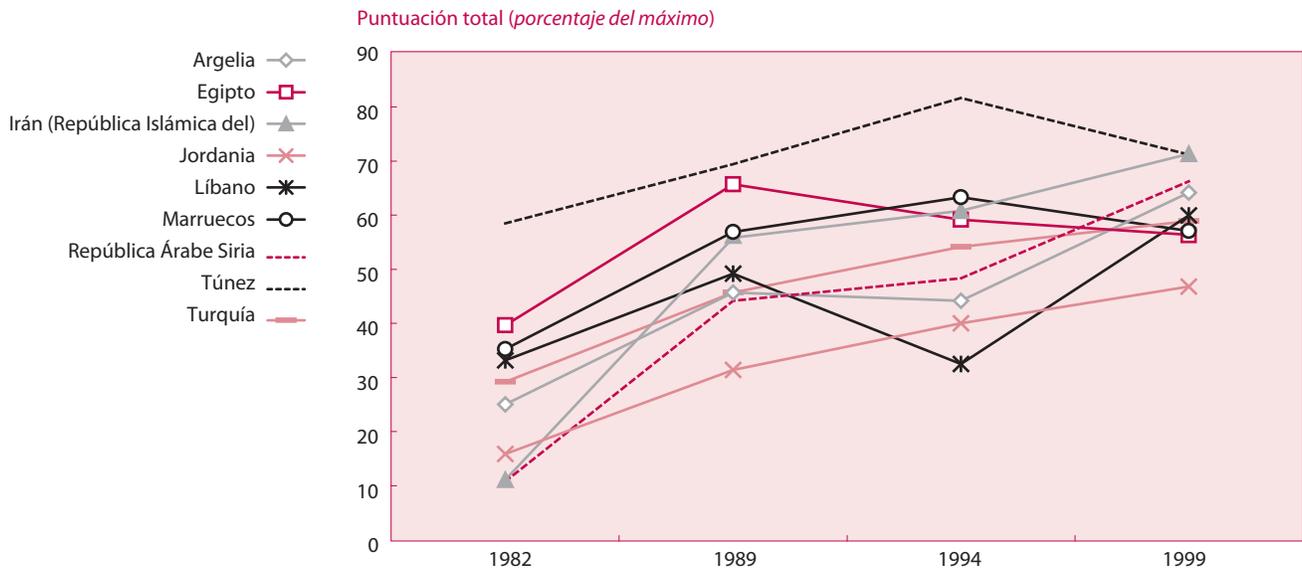
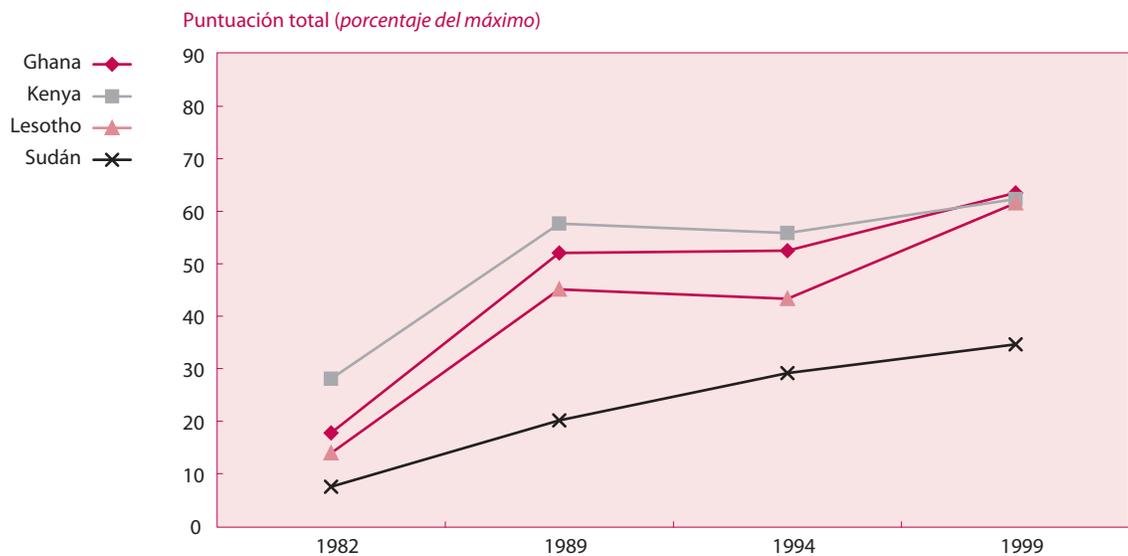


Gráfico IVd
Puntuación total por esfuerzo del programa de los países de la región del África subsahariana, 1982-1999



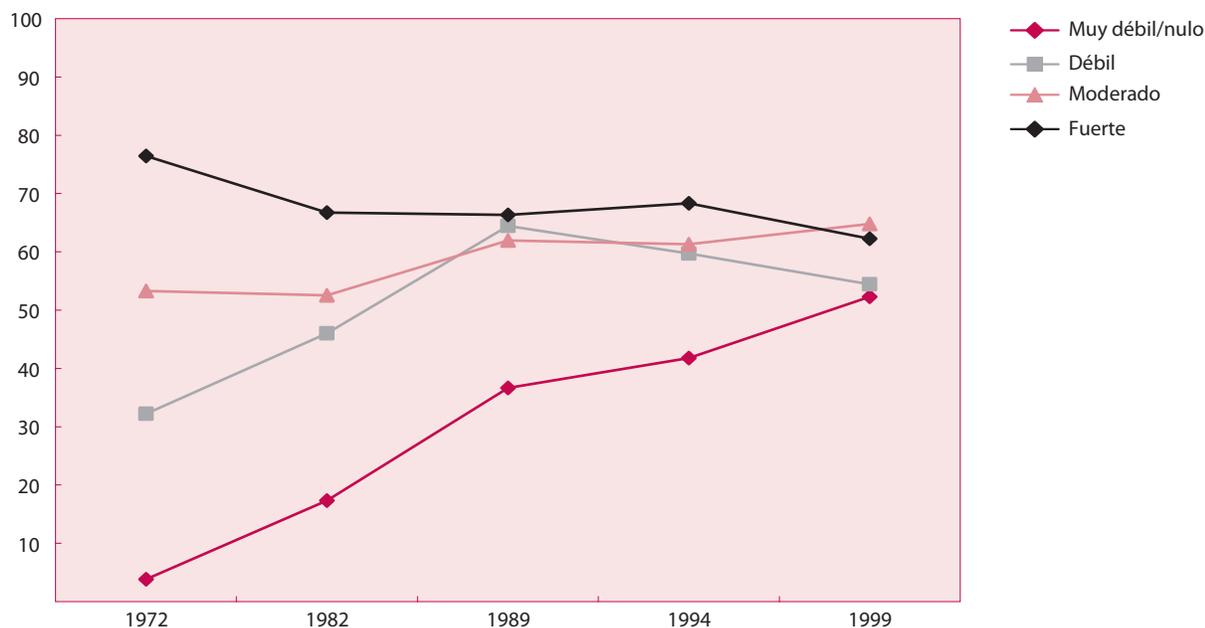
gramas más débiles han mejorado más en su nivel de actividad, de manera que la dispersión de puntuaciones en 1999 es menor que antes. El gráfico V muestra el movimiento ascendente de la cohorte de programas más débiles a partir de 1972, que cierra la brecha que los separaba de los programas más fuertes.

Los países con las puntuaciones más altas en 1999 habían puntuado alto, en general, en una o dos rondas anteriores. No obstante existen grandes variaciones regionales, como se indica a continuación:

- En Asia, Myanmar ha mejorado notablemente a cerca de cero en 1982, mientras que países de mejor desempeño (Indonesia, Bangladesh y Viet Nam), han mantenido puntuaciones altas constantes. La puntuación de la India descendió en 1999.

Gráfico V
Aumentos del esfuerzo a lo largo del tiempo por cohortes de esfuerzo, 1972

Puntuación total (porcentaje del máximo)



- Los países de América Latina muestran muchos altibajos, sin que se pueda discernir entre ellos una pauta clara. En casi todos los países se registró un aumento definitivo en los 7 años transcurridos de 1982 a 1989, pero en los dos períodos siguientes los descensos fueron casi equiparables a los aumentos. La línea de México en la parte superior del gráfico se mantuvo constante, pero no así la de los demás países, debido, tal vez en parte, a errores de medición así como a cambios reales en el programa, algunos de los cuales reflejaban cambios en los papeles relativos de los sectores público y privado. Un examen a fondo, país por país, de las 30 puntuaciones, y el recurso a la información local, ayudarían a esclarecer la índole de los cambios.
- En la región de África del Norte y Oriente Medio las puntuaciones han aumentado generalmente y las pautas son más uniformes que en América Latina. Sólo la puntuación del Líbano experimentó un grave revés. Para 1999 los países mostraban menos dispersión que antes, centrada en el 60% de la puntuación máxima.
- En el África subsahariana las cuatro tendencias están en alza, incluso en el Sudán. Los otros están casi al mismo nivel, también alrededor del 60%.
- Para las repúblicas de Asia central no se dispone de líneas de tendencias.

El esfuerzo del programa influye en el entorno social a través de su efecto en el uso de anticonceptivos y la fecundidad, según demostró inicialmente Berelson (1974), que clasificó a los países simultáneamente por esfuerzo del programa y entorno social, con valores en las células para quienes adoptaban la anticoncepción, los usuarios de la anticoncepción y el descenso de la fecundidad. Esto se repitió con más países por Freedman y Berelson (1976), Mauldin y Berelson (1978) y otros en varias formas desde entonces. El resumen de 2 por 2 que se presenta más abajo indica cómo persiste esta sinergia entre los países con fecundidad intermedia, dentro de la banda de TGF más estrecha. La proporción de uso varía según el entorno social y separadamente a través del esfuerzo del programa, pero sobre todo a lo largo de la diagonal para ambos. Cada célula da el uso medio de anticonceptivos en los países contemplados. El promedio de todos los países es del 52% de uso, con una variación del 28% al 61% (los detalles por países se presentan en el cuadro 4).

Entorno social	Puntuación por esfuerzo del programa		
	Alta y mediana alta	Mediana baja y mediana	Media
Alta/mediana	61	58	60
Mediana baja/baja	44	28	38
Media	55	45	52

NIVELES MÁXIMOS DE USO Y ESFUERZO DEL PROGRAMA

¿A qué altura deben llegar los valores de uso y actividad del programa? Un nivel máximo de uso es del 80% al 85%, según se registra en las encuestas en los ejemplos de China (83%), la Región Administrativa Especial de Hong Kong (86%), y la Provincia China de Taiwán (82%). Otros se han situado cerca del 80%, como en la República de Corea (77%), Tailandia (73%) y Viet Nam (75%), el Brasil (77%), Colombia (73%), Costa Rica (75%), Puerto Rico (78%) y Mauricio (75%). El ejemplo que más se acerca a estos valores en el Oriente Medio es la República Islámica del Irán (70%). Las cifras más altas se

Cuadro 4
Uso de anticonceptivos por esfuerzo de planificación de la familia y entorno social, en países con tasas globales de fecundidad intermedia (2,1 a 4,9)

Entorno social	Puntuación total por esfuerzo del programa (1999)				
	Alta y mediana alta	Mediana baja y mediana	Medias		
Alta y mediana alta	Argelia	47	Costa Rica	75	
	Brasil	77	Ecuador	57	
	Colombia	72	Honduras	50	
	Egipto	55	Jordania	53	
	El Salvador	60	Kirguistán	60	
	Filipinas	46	Mongolia	57	
	Irán (Rep. Islámica del)	73	Paraguay	51	
	Jamaica	66			
	México	65			
	Nicaragua	60			
	Panamá	58			
	Perú	64			
	República Árabe Siria	40			
	República Dominicana	64			
	Sudáfrica	53			
	Túnez	60			
	Turquía	64			
	Uzbekistán	68			
	Media	61	Media	58	60
	Mediana baja y baja	Bangladesh	49	Bolivia	48
Ghana		20	Guatemala	31	
India		41	Haití	18	
Indonesia		57	Myanmar	33	
Kenya		39	Sudán	10	
Lesotho		23			
Marruecos		59			
Nepal		29			
Viet Nam		75			
Media		44	Media	28	38
Medias	55		45	52	

Fuente: Adaptado de Ross y Stover (2001).

han registrado donde la esterilización es un componente principal, excepto en Viet Nam y Mauricio. El uso de anticoncepción en la banda del 75% al 85% es bastante consecuente con la fecundidad de reemplazo y suele estar acompañado del matrimonio tardío y cierto recurso al aborto.

Es interesante observar que existe un límite similar para la puntuación total del EPF. Los programas más fuertes se han nivelado entre el 80% y el 85% del máximo de 100. Los programas de Asia se destacan una vez más, con China (86%) y la provincia china de Taiwán (79%), también Indonesia (82%). Otros cayeron a más del 70%: Tailandia (75%) y Viet Nam (76%) en Asia, la República Islámica del Irán (71%) y Túnez (71%) en el Oriente Medio, Mauricio, una vez más (71%) y México (75%) en América Latina. Estas cifras altas sólo ocurren cuando la puntuación del componente EPF por disponibilidad de método es alta (en relación con la proporción de toda la población que tiene facilidad de acceder a los métodos, incluidos la esterilización masculina y femenina, los dispositivos intrauterinos, la píldora anticonceptiva o las inyecciones, el preservativo y el aborto sin riesgo).

En el pasado, se ha trabajado con un límite máximo de un aumento de uso de 2 puntos al año (es decir, del 50% al 52% de parejas que usan un método), aunque en la República de Corea el aumento fue de 2,5 puntos al año, de alrededor del 20% a alrededor del 75% y en un número muy limitado de países ha aumentado a ese ritmo. Al ritmo de 2 puntos al año, el uso en un país puede aumentar del 40% al 75% en, aproximadamente, 17 años. No obstante, una tabulación (tomada de las Naciones Unidas, 2000a, pág. 26) que da el ritmo de 34 países con fecundidad intermedia, con encuestas repetidas, muestra las pautas que se ilustran en el cuadro 5. Como indican las medias de la derecha, no existe una relación aparente entre el ritmo de aumento y el nivel de partida; tal vez, en parte, porque las fechas precisas de partida y los intervalos de tiempo varían (a diferencia de lo que ocurre en el cuadro 6). La mayoría de los países caen en la columna central, a un ritmo de cerca del 1,5% al año. A ese ritmo, tienen que transcurrir 23 años para que el uso aumente de, aproximadamente, del 40% al 75%, lapso durante

Cuadro 5
Distribución de países por ritmo de aumento de uso y nivel de partida

Proporción de uso anterior	Aumento anual en puntos porcentuales del uso de anticonceptivos			Medias
	<1,0	1,0-1,9	2,0 o más	
Menos del 15%	Ghana Sudán	Haití Lesotho Nepal		0,96
15% al 34%	Guatemala India Jordania	Bolivia Egipto Filipinas Honduras Kenya Malasia Nicaragua República Árabe Siria	Bangladesh Marruecos	1,35
35% al 49%		Argelia Ecuador Indonesia Paraguay Perú República Dominicana Sudáfrica Túnez	Irán (República Islámica del)	1,41
50% al 64%	Colombia Panamá	México Turquía Viet Nam		1,24
65% y más	Costa Rica	Brasil		0,95
Media total				1,27

Las medias no muestran tendencias y la combinación de categorías no cambia la falta de una pauta.

Fuente: Naciones Unidas (2000) pág. 26, cuadro 5.

el cual se habrá incorporado un considerable crecimiento adicional de población en las estructuras de edad. En cuestión de números absolutos, la India estará en vanguardia de estos acontecimientos.

No está claro que los países vayan a aumentar el uso a un ritmo continuo durante un largo período. En el pasado, unos pocos pueden haberse atascado durante algún tiempo en torno a un 55% y hay razones de que esto pueda ocurrir (véase más adelante).

El paralelo para las puntuaciones por EPF, con el uso de los mismos límites de células, muestra un ritmo de 1,18 puntos al año en los 38 países estudiados en todas las rondas (cuadro 6). La pauta según el nivel inicial es muy distinta de la de uso de anticonceptivos, ya que el aumento anual promedio está íntimamente relacionado con el nivel de partida. Las medias descienden de 2,62 a 1,43 a 1,01, a 0,36 y 0,12 al aumentar el nivel de partida, y la distribución de países corre claramente a lo largo de la diagonal.

Esto refleja el mayor margen de mejora que existe cuando se parte de un nivel bajo, pero también confirma la observación anterior de que son los programas más débiles los que han aumentado más en el transcurso de los años. Esto augura un continuo aumento del promedio.

LAS PERSPECTIVAS FUTURAS

Podemos citar dos series de consideraciones, positivas y negativas, que influyen en las tendencias futuras de esfuerzo del programa y sus efectos.

Las consideraciones negativas son varias. Primero, lo que pueden hacer estos programas es limitado. A no ser que se adopten métodos draconianos como en China, están limitados básicamente por preferencias individuales. En cada país existe un subgrupo de individuos y parejas que desea evitar el embarazo, está dispuesto a usar la anticoncepción y lo hará a tasas más altas con ayuda de un programa organizado. El tamaño de ese subgrupo

Cuadro 6
Distribución de países por ritmo de aumento de la puntuación total por esfuerzo, por nivel de partida

Puntuación de 1982	Aumento anual en puntos porcentuales de la puntuación total por esfuerzo, 1982-1999			Media
	<1,0	1,0-1,9	2,0 o más	
Menos del 15%		Myanmar Sudán	Bolivia Irán (República Islámica del) Lesotho Paraguay República Árabe Siria	2,62
15% al 34%	Costa Rica Guatemala Venezuela	Honduras Jordania Líbano Turquía	Argelia Ghana Kenya Perú	1,43
35% al 49%	Brasil Ecuador Haití	Chile Egipto Marruecos Nepal		1,01
50% al 64%	El Salvador Filipinas Jamaica Panamá República Dominicana Túnez	Bangladesh Malasia Viet Nam		0,36
65% y más	Colombia India Indonesia México			0,12
Media total				1,18

Fuente: Archivos de esfuerzo de programas.

fija un límite máximo, que refleja fundamentalmente condiciones más profundas relativas a edad al empezar la convivencia, costumbre de espaciamiento, y tamaño deseado de familia. Estas condiciones, a su vez, están incorporadas en condiciones sociales y económicas. Pronosticar con qué rapidez pueden cambiar esos factores requiere un cálculo distinto del que se examina aquí.

Segundo, la fuerza del programa depende en parte de factores externos. Los programas han tenido su mayor efecto cuando ejercen una acción recíproca con entornos sociales favorables y, donde éstos son débiles, las infraestructuras necesarias para realizar intensos esfuerzos en salud, educación, agricultura u otras intervenciones, no son de mucha ayuda. Lo que Berelson llamó la “cuarta célula” todavía tiene pertinencia —muy pocos países caen en la célula del cuadro para un entorno social débil pero un programa fuerte. Bangladesh ha sido una notable excepción a la norma.

Otras limitaciones actúan en la cadena que va de las actividades del programa a la fecundidad: los programas más fuertes se han nivelado en un punto alrededor del 85% de las puntuaciones máximas; en algunos casos pueden, sencillamente, sustituir a la anticoncepción privada (mientras que la estimulan en otros); parte del uso de anticonceptivos que producen adolece de fallos y uso irregular, se aplica sólo a una parte del intervalo entre los nacimientos, se usa en parte para espaciamiento ineficaz de nacimientos y a veces sustituye a la lactancia. Todas estas limitaciones debilitan cualquier correlación exacta entre fuerza del programa y fecundidad. No obstante, hay pruebas de un sólido vínculo entre la fuerza del programa y la reducción de la fecundidad *no deseada* (Bongaarts, 1994).

Donde la TGF ha caído al nivel de reemplazo, algunas autoridades nacionales han empezado a preocuparse por la fecundidad demasiado baja, con sus propias consecuencias adversas. En ese sentido, el éxito mismo de los programas puede ser la causa de su desaparición. La República de Corea es un buen ejemplo: al llegar a una tasa global de fecundidad baja, prácticamente desmanteló el programa nacional, mediante importantes reducciones presupuestarias y de personal.

Los donantes también pueden fatigarse de apoyar los mismos programas año tras año. Los recursos financieros de agencias tan importantes como la USAID, el FNUAP, el Banco Mundial y algunos donantes europeos están sujetos a una turbulencia crónica, que ha contribuido a restringir la planificación en algunos programas de países a actividades a corto plazo. También hay que contar con los cambios ideológicos en los ámbitos tanto nacional como internacional que, si bien pueden ser inevitables, e incluso deberían haberse producido mucho antes, como en el cambio de política de la India en 1996, ilustran el derrotero incierto del esfuerzo del programa. Graves trastornos externos que afectan a los programas pueden socavar los esfuerzos de manera imprevista; el caos nacional puede hacer casi imposible cualquier actividad útil, como en Somalia, la República Democrática del Congo, Rwanda o el Afganistán.

Las tasas de abandono de los métodos de reabastecimiento limitan los efectos del programa. En la práctica, todos los métodos, salvo la esterilización, tienen tasas relativamente altas de abandono. La mayoría de las personas que empiezan a usar un método de reabastecimiento lo interrumpe por algún tiempo o deja de usarlo, no por falta de interés, sino más bien a causa de los efectos secundarios, el temor, la incomodidad, el costo o las dificultades de acceso. Sólo un subgrupo relativamente pequeño encuentra satisfactorio cualquier método por un período más prolongado de 5 a 15 años. Todos los métodos de reabastecimiento, por muy necesarios y útiles que sean, se suelen usar continuamente por períodos de tiempo relativamente cortos. En general, al menos la mitad de las mujeres que empiezan a usar la píldora o inyecciones deja de usarlos antes de un año y los preservativos se dejan de usar incluso antes. Los dispositivos intrauterinos y los implantes se usan, por término medio, alrededor de 3,5 años en los países en desarrollo.

El estado de la tecnología anticonceptiva no es satisfactorio. Independientemente del grado de motivación pública en el control del embarazo, los defectos de la tecnología reducen el efecto neto en la fecundidad, en particular en la fecundidad no deseada. En un estudio de 15 países (Blanc, Curtis y Croft, 2002) se llegó a la conclusión de que la tasa

global de fecundidad sería del 4 al 29% más baja si no fallaran los anticonceptivos y, sin otros tipos de cese de su uso, se reduciría entre el 20 y el 48%. Los efectos eran mayores en las tasas de fecundidad no deseada; más de la mitad de la fecundidad no deseada reciente se debía a nacimientos precedidos por un fallo del anticonceptivo o el cese de su uso, en todos los países excepto uno. Además, el cese definitivo del uso del anticonceptivo a causa de su calidad estaba inversamente relacionado con medidas del esfuerzo del programa.

La interrupción del uso del anticonceptivo produce un límite programático. Si hasta el 15% de todas las mujeres empiezan a usar un método durante cualquier año y usan un método de reabastecimiento incluso durante 3,5 años, la proporción de uso se estabiliza al 53%, muy por debajo del equivalente de la fecundidad de reemplazo. Para mantener ese nivel tienen que producirse movimientos compensatorios de entrada y salida del grupo de usuarios, proceso que para las parejas supone un despilfarro y para el programa una carga onerosa. Esto es cierto, en general, pese a la porción de terminaciones útiles que reflejan el proceso de selección por las parejas, que buscan el método más apropiado a su situación y cambian de método al pasar de una etapa de la vida a otra.

Una gran proporción de mujeres del mundo en desarrollo han completado el tamaño deseado de su familia cuando llegan a los 30 años y se enfrentan a un período de 15 años durante el cual necesitan protegerse de abortos y embarazos no deseados. El paso a la etapa final, de protección permanente, necesita la opción de la esterilización masculina o femenina, con su tasa de fallo cero y continuación automática a largo plazo. Sin ella es difícil alcanzar la alta proporción de uso (entre esos países, la correlación entre prevalencia total y prevalencia de la esterilización da un R^2 de 0,24. La falta de esterilización en la oferta de anticonceptivos es una grave limitación y será más fácil para esos países dirigirse hacia la fecundidad de reemplazo si pueden ofrecerla más ampliamente.

Sin embargo, no es probable que algunos de ellos lo hagan. La esterilización ha ganado adeptos en muy pocos países musulmanes, que prefieren por un amplio margen dispositivos intrauterinos y otros métodos. Aparte de Túnez, en ningún otro país musulmán del Oriente Medio ha sobrepasado el uso de la esterilización el 5% de las parejas, y en la mayoría, como Argelia, Egipto, el Iraq, la República Árabe Siria y Turquía, es tan sólo del 2% al 3%. Es más alto en la República Islámica del Irán, donde el 12% de las parejas declararon estar usando el método en la encuesta de 1994. En Indonesia, sólo el 3% recurre a ese método, y en Bangladesh, donde durante años se ha estado promoviendo la esterilización en todo el país, sólo el 8% recurre a ella. Estas bajas cifras se deben en parte a factores culturales, en particular las objeciones integristas, en parte a las actitudes negativas de la clase médica selecta, y en parte a la incapacidad de los programas de hacer el método, calladamente, más asequible a la población en general. De todos esos países, sólo la República Islámica del Irán ha logrado un alto porcentaje general de uso.

Las influencias positivas compensan las negativas. Se encuentran principalmente en el historial de aumentos generales del esfuerzo del programa en cada período entre encuestas desde 1972. Las puntuaciones de los países individuales muestran considerables fluctuaciones, pero mundialmente los programas han estado haciendo mayores esfuerzos, en particular en lo que se refiere a la extensión de acceso de la población a métodos anticonceptivos.

En cuanto al futuro, siempre existe la posibilidad de adelantos en la tecnología anticonceptiva que faciliten tanto la adopción como la continuación de métodos anticonceptivos seguros para el usuario y para la ejecución del programa. La actividad del sector privado aumentaría con estos acontecimientos, que los programas pueden estimular y reforzar.

La institucionalización de estos programas en los Ministerios de Salud y Hacienda y en los organismos internacionales y nacionales de asistencia se debe considerar un importante factor positivo. Estas entidades tienen su propio impulso y, pese a las exigencias que les impone el presupuesto anual y las dificultades de dotación de personal, no hay duda de que seguirán siendo parte del cuadro indefinidamente.

También hay que contar con la machacona insistencia de la investigación y el análisis, que sigue presentando una imagen dramática del inevitable crecimiento de números

en el planeta y los tipos de cargas que representan. Fueron los datos y sus análisis los que condujeron a las decisiones históricas de China, la India, Bangladesh, Indonesia, México y otros en respuesta a las extraordinarias tasas de crecimiento de población y sus consecuencias. El impulso generado por el conocimiento demográfico se ha reforzado por análisis instigados por otros motivos a poner la anticoncepción humana al alcance de poblaciones enteras. La información ha servido para justificar los programas nacionales organizados en gran escala y es de esperar que continúe haciéndolo.

Una última influencia que tiende a inclinar la balanza a favor de los efectos continuos del programa es el movimiento neto de poblaciones jóvenes en edad de trabajar a las zonas urbanas, donde los servicios pueden estar más concentrados y ser más eficaces para hacer frente al creciente número de usuarios debido al crecimiento de población y al aumento del uso de los anticonceptivos. Hay más servicios médicos clínicos en las ciudades para ofrecer dispositivos intrauterinos, inyecciones, preservativos y esterilización. La mejora de la instrucción, donde se produzca, reforzará el uso público de estos métodos tanto en el sector público como en el privado. Por último, los programas tendrán más facilidades de funcionar en la medida en que mejoren las infraestructuras.

El VIH/SIDA es probablemente un factor neutral para estos países con fecundidad intermedia, aunque eso todavía queda por ver a largo plazo. Los países del África subsahariana muy afectados por el VIH están excluidos del grupo; por tanto, de los 53 países considerados aquí, los 12 países con una prevalencia del VIH de más del 1% de los adultos contienen sólo el 6% de la población total. Los otros 41 países, con baja prevalencia del VIH, contienen el 94% restante del total.

En resumen, existe un serie de características positivas que contribuirán al desempeño del programa en el futuro y neutralizarán algunas de las negativas. El efecto neto dependerá del país; un grupo reducido de esos países, como Indonesia, Bangladesh, México, Viet Nam y la República Islámica del Irán, ya tiene altas puntuaciones por esfuerzo y menos margen de aumento. No obstante, la mayor parte de los demás programas tienen amplio margen de mejora y el historial es alentador. Los estudios publicados desde mediados del decenio de 1970 al menos, incluidos los patrocinados por las Naciones Unidas y los análisis citados anteriormente, encuentran efectos en la fecundidad en general. Para el mundo en desarrollo en conjunto, hasta finales de 1990, se calculó que los programas habían dado lugar a una reducción de población de cerca de 412 millones de personas y, según las proyecciones, seguirán incrementando considerablemente esa cifra (Bongaarts, Mauldin y Phillips, 1990). Para 1990, se atribuía a los programas organizados aproximadamente la mitad del descenso de fecundidad registrado desde el decenio de 1950, o un efecto neto promedio, en el mundo en desarrollo a finales del decenio de 1980, de alrededor de 1,4 nacimientos por mujer (Bongaarts, 1997).

En los años transcurridos desde que se realizaron estos análisis, algunos países se han ido acercando a la fecundidad de reemplazo, lo que supone que los nuevos descensos serán más lentos; además, existen algunos efectos de calendario que más tarde podrían atenuar o invertir los descensos a niveles bajos. Ahora bien, los países difieren considerablemente entre sí; en algunos de ellos, las últimas tasas de descenso no conducirían al reemplazo por algún tiempo, y en ese intervalo los programas tendrán considerable latitud para continuar sus efectos y mejorar. Incluso los programas más fuertes son selectivos entre las 30 puntuaciones de esfuerzo del programa; ninguno alcanza el máximo de esfuerzo en las 30. Difieren no sólo en fuerza general, sino en su selectividad de las características. Los responsables de formular políticas que tratan de mejorar los efectos futuros del programa con carácter voluntario, se aproximarán a las características de un programa de intenso esfuerzo. A juzgar por los índices de esfuerzo de planificación de la familia lo largo de los años, ese programa:

Facilita suministros y servicios de calidad a toda la población, cerca de su domicilio;

- Incluye un amplia gama de métodos anticonceptivos;
- Incluye métodos de terminación del embarazo donde son lícitos y sin riesgo;

- Usa los medios de comunicación para mantener al público plenamente informado;
- Da legitimidad al espaciamiento de los hijos y al programa mismo en frecuentes declaraciones de autoridades superiores y personalidades destacadas del sector privado;
- Vivifica al sector privado médico y las farmacias, por ejemplo, a través de programas sociales de comercialización;
- Elimina los aranceles aduaneros y los impuestos sobre los anticonceptivos y reduce las barreras reguladoras, permite la publicidad de productos y servicios anticonceptivos;
- Establece subprogramas especiales, como distribución en la comunidad, visitas a domicilio, ofertas después del parto y del aborto;
- Se dirige a los adolescentes a través de la escuela, las fuerzas armadas y otros conductos;
- Adopta medidas para asegurar el cumplimiento de las normas de edad mínima del matrimonio para ambos sexos;
- Se vale de sus buenos oficios para recabar la cooperación de instituciones potencialmente hostiles de la sociedad, o al menos su asentimiento.

Estos elementos básicos pueden actuar a través de varios contextos y con distintos motivos, bien sea a través del Ministerio de Salud por razones de salud, o a través de diversos ministerios por una combinación de motivos demográficos, de salud, de género y de derechos humanos. Algunos programas irán más lejos, hasta abarcar el fomento del empleo de la mujer, las industrias caseras o las actividades de generación de ingreso.

¿Hasta dónde llegará este tipo de programa para reducir la fecundidad? Básicamente, alienta y ayuda a ejecutar el comportamiento de fecundidad “más tarde, más tiempo, menos”, propugnado en China, pero con carácter voluntario y con el mantenimiento de la opción personal. Facilita a cada pareja el logro de sus propios objetivos y reduce los nacimientos en el país al límite mínimo, que refleja lo que las parejas definitivamente desean, menos las excluidas por la esterilidad.

El límite mínimo todavía incluirá nacimientos que sean sólo “medio deseados”. Incluso con servicios anticonceptivos atractivos, fácilmente asequibles a través de conductos públicos y privados, algunas personas no los usarán a causa de reparos religiosos, presiones antagónicas dentro de la pareja o la familia, o por ambivalencia personal. Lo que se evita, realmente, son los embarazos y los nacimientos decididamente no deseados, que hubieran terminado en aborto.

Con el cambio social, este límite mínimo de los nacimientos deseados activamente tiende a descender y los nacimientos experimentan un cambio con arreglo a un orden. Los nacimientos primero y segundo continúan, mientras que el tercero y el cuarto (y sucesivos) tienden a disminuir. Con el tiempo, se producen menos segundos nacimientos. La edad al contraer matrimonio puede aumentar. Los nacimientos antes del matrimonio en la adolescencia pueden disminuir; y el espaciamiento de los nacimientos, si se produce, tenderá a reducir las tasas de fecundidad del período. Hasta ahora no hay indicios de una inversión en los notables aumentos de uso de anticonceptivos en ese grupo de países y su promedio de puntuación por esfuerzo del programa ha aumentado en cada encuesta. No obstante, ambas tendencias están vinculadas a futuros cambios en el entorno social, que no están enteramente garantizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Berelson, Bernard (1974). An evaluation of the effects of population control programs. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 5, No. 1, págs. 1-12.
- Berelson, Bernard (1978). Prospects and programs for fertility reduction: What and where? *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 4, No. 4, págs. 579-616.

- Blanc, Ann K., Sian L. Curtis y Trevor N. Croft (2002). Monitoring contraceptive continuation: Links to fertility outcomes and quality of care. De próxima aparición en *Studies in Family Planning*. Se pueden obtener versiones anteriores bajo el título "Does Contraceptive Discontinuation Matter?: Quality of Care and Fertility Consequences" University of North Carolina, MEASURE EVALUATION Working Paper WP-99-14, 1999.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin y J. E. Phillips (1990). The Demographic impact of family planning programs. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 21, No. 6, págs. 299-310.
- Bongaarts, John (1994). The impact of population policies: Comment. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 20, No. 3, págs. 616-620.
- Bongaarts, John (1997). The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions. En *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, John C. Caldwell, Robert M. Douglas y Rennie M. D'Souza, comps. Oxford: Oxford University Press; Oxford: Clarendon Press, págs. 422-444. Publicada en versión anterior como (1993) The fertility impact of family planning programs, Nueva York: Population Council Working Paper No. 47.
- Freedman, Ronald, y Bernard Berelson (1976). The record of family planning programs. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 7, No. 1, págs. 1-40.
- Lapham, Robert J., y W. Parker Mauldin (1972). National family planning programs: Review and evaluation. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 3, No. 3, págs. 29-52.
- Mauldin, W. Parker, y Bernard Berelson (1978). Conditions of fertility decline in developing countries, 1965-1975. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 9, No. 5, págs. 84-148.
- Mauldin, W. Parker, y John A. Ross (1994). Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 25, No. 2, págs. 77-95.
- Naciones Unidas (1978a). *Methods of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility: Problems and Issues* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.78.XII.2).
- Naciones Unidas (1978b). *Manual IX. Metodología para medir el efecto de los programas de planificación de la familia sobre la fecundidad* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.78.XIII.8). *Addendum*. ST/ESA/SER.A/66/Add.1).
- Naciones Unidas (1981). *Evaluation of the Impact of Family Planning Programmes on Fertility: Sources of Variance* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.81.XIII.9).
- Naciones Unidas (2000a). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (publicación de las Naciones Unidas)
- Naciones Unidas (2000b). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01-XIII.8)
- Ross, John A., y John Stover (2000). New effort indices for family planning programs, 1999, and projections to 2004. Presentado en la Conferencia sobre programas de planificación de la familia en el siglo XXI. Dhaka, Bangladesh, 17 a 20 de enero. Organizada por el Committee on Fertility and Family Planning, de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, y el Operations Research Program, del Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas.
- Ross, John A., y John Stover (2001). The Family planning program effort index: 1999 Cycle. *Internacional Family Planning Perspectives* (Nueva York), vol. 27. No. 3, págs. 119-129.
- Winfrey, William (2002). Comunicación personal.
- Westoff, Charles F. (2002). Comunicación personal.

El fin de la transición de la fecundidad en el mundo en desarrollo

*John Bongaarts**

Durante los últimos 40 años, el comportamiento reproductivo ha cambiado rápidamente en gran parte del mundo en desarrollo. La tasa global de fecundidad (TGF) media ha caído más de la mitad, de la cifra tradicional de seis o más a cerca de tres en la actualidad, y el uso de anticonceptivos, antaño raro, se ha generalizado. Entre comienzos del decenio de 1960 y finales del de 1990, los mayores descensos de fecundidad se produjeron en Asia (-52%) y América Latina (-55%) y los menores en el África subsahariana (-15%) (Naciones Unidas, 2001). Las diferencias entre los países son incluso más acentuadas, ya que en algunos de ellos la transición a la fecundidad de reemplazo ha concluido con una rapidez sin precedentes (por ejemplo, China, Hong Kong, Singapur, la República de Corea), mientras que en otros (en particular en el África subsahariana) no se han registrado cambios de consideración en el comportamiento reproductivo.

Estos recientes descensos de fecundidad han sido más rápidos y generalizados de lo que se había esperado. Así, aunque las proyecciones de la variante media elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas en los decenios de 1970 y 1980 pronosticaron correctamente amplios descensos de fecundidad para el decenio de 1990, en algunas regiones los descensos reales fueron incluso más bajos de lo que indicaban estas proyecciones. Los pronunciados descensos registrados en unos pocos países pobres y en su mayor parte agrícolas, como Bangladesh, fueron especialmente inesperados. Los demógrafos y los sociólogos han postulado una variedad de teorías para explicar por qué estas transiciones han sido tan rápidas, pero no hay consenso y en la literatura demográfica continúa el debate, a veces acalorado, entre teorías opuestas (véase Bulatao y Casterline, 2001, para una recapitulación reciente).

Con la propagación de los descensos de fecundidad por gran parte del mundo en desarrollo, el debate sobre futuras tendencias de fecundidad está desplazando su centro de atención de las fases iniciales a las tardías de la transición. Hasta fechas recientes, se había prestado escasa atención al estudio de los determinantes del comportamiento reproductivo en los países en desarrollo con fecundidad relativamente baja. Las teorías convencionales tienen poco que decir sobre el ritmo del descenso de la fecundidad o el nivel al que se estabilizará la fecundidad al final de la transición. No obstante, se suele suponer que los descensos actuales continuarán y que la fecundidad próxima al nivel de reemplazo, de cerca de dos nacimientos por mujer, prevalecerá a la larga (para varias perspectivas, véase Caldwell, 1982; Demeny, 1997; National Research Council, 2000). En este aspecto, las Naciones Unidas han incorporado desde hace tiempo las opiniones de la comunidad demográfica en sus proyecciones. Con arreglo a la variante media de las últimas proyecciones de las Naciones Unidas, prácticamente todas las subregiones del mundo en desarrollo habrán dado fin su transición para 2025-2030 con tasas globales de fecundidad de 2,2 o menos. Las únicas excepciones se esperan en el África subsahariana y en Asia occidental, donde las TGF todavía se han proyectado a 3,5 y 2,8, respectivamente (Naciones Unidas, 2001). Estas hipótesis sobre descenso de fecundidad en el futuro son esenciales para las tendencias futuras de volumen de población. El crecimiento de pobla-

* The Population Council, Nueva York, Estados Unidos de América.

ción durante los próximos decenios excederá con creces las proyecciones actuales si los descensos de fecundidad son menos rápidos de lo que se ha proyectado o si la fecundidad al final de la transición se mantiene por encima del nivel de reemplazo (Casterline, 2001a; Naciones Unidas, 2001).

En el presente estudio se examinan las tendencias y pautas recientes de fecundidad en el mundo en desarrollo, en particular en las últimas etapas de la transición. El fin principal que se persigue es señalar normas observadas en el pasado que puedan ofrecer indicios de tendencias futuras. Las cuestiones esenciales examinadas incluyen: 1) el ritmo del descenso de la fecundidad y los cambios a que ha estado sujeto ese ritmo en el transcurso de la transición, y 2) los determinantes del nivel de fecundidad al final de la transición. En primer lugar se pasa revista al historial de cambio de fecundidad en el mundo en desarrollo durante los últimos 50 años. Seguidamente, para explicar las transiciones observadas, se analiza la relación entre la TGF y los indicadores socioeconómicos. En una sección final se presenta un resumen de las consecuencias para las tendencias futuras de la fecundidad.

PAUTAS DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD CONTEMPORÁNEA

Los datos

Este análisis de las tendencias pasadas de fecundidad en el mundo en desarrollo se basa, principalmente, en las últimas estimaciones de las Naciones Unidas de las tasas globales de fecundidad de 143 “países menos desarrollados” (Naciones Unidas, 2001). Estos datos ofrecen estimaciones como promedios quinquenales de 1950-1955 a 1995-2000 e incluyen a todos los países de África, Asia y América Latina y el Caribe (excepto Japón, Australia y Nueva Zelanda). Para el presente estudio, las estimaciones de la TGF de años individuales se derivaron de esos promedios quinquenales con procedimientos de interpolación estándar. Se tomó como fecha de inicio de la transición el año en que la TGF baja al 5% por debajo del máximo observado entre 1950 y 2000. Se optó por este umbral para la entrada en la transición, en vez del más común del 10% de descenso usado en muchos estudios anteriores, para salir al paso de las críticas de Casterline (2001) a la práctica anterior. Casterline señala correctamente que una transición puede estar ocurriendo durante una serie de años antes de que un país llegue a un descenso del 10%. El umbral de descenso del 5% usado aquí reduce ese problema¹.

¹ En algunos países la fecundidad fluctuó, de manera que la TGF cayó por debajo del umbral de 5 por ciento inicialmente, pero rebotó antes de volver a caer por debajo de ese umbral. Para el presente estudio, el año más reciente en el que se ha observado que se ha llegado al umbral de 5 por ciento se usa como año de la transición.

Los niveles de fecundidad en 1995-2000

En el quinquenio de 1995-2000, el promedio (ponderado) de la TGF del mundo en desarrollo en conjunto se ha estimado en 3,1. Este promedio se debe en gran parte a la fecundidad relativamente baja de gran número de países, en particular China, cuya TGF es de 1,8. En consecuencia, el promedio no ponderado, que da a cada país el mismo peso, es considerablemente más alto: 4,1. La TGF de los países individuales está sujeta a grandes variaciones, de 1,2 en Macao a 8 en el Níger. En el análisis siguiente, el país es la unidad de análisis y se usarán los promedios no ponderados de la TGF y otros indicadores demográficos y socioeconómicos (salvo indicación en contrario), porque lo que se pretende es comprender y pronosticar las tendencias futuras de fecundidad de los países.

Dado que la gran mayoría de los países en desarrollo todavía no ha completado la transición, no es posible describir con todo detalles las pautas que caracterizan la totalidad de las transiciones del mundo en desarrollo. Por supuesto, algunos países o regiones en desarrollo, aproximadamente uno de cada siete (21/143), ya han alcanzado una TGF de 2,1 o menos, entre ellos China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong; Singapur, la República de Corea y varias islas del Caribe. Desgraciadamente, la experiencia de este grupo selecto de países o regiones no es representativa del mundo en desarrollo en

general y, por tanto, no se puede usar para sacar conclusiones fiables sobre futuras pautas de transición que ocurrirán en otros países o regiones (más adelante se tratará con más detalle de esta cuestión).

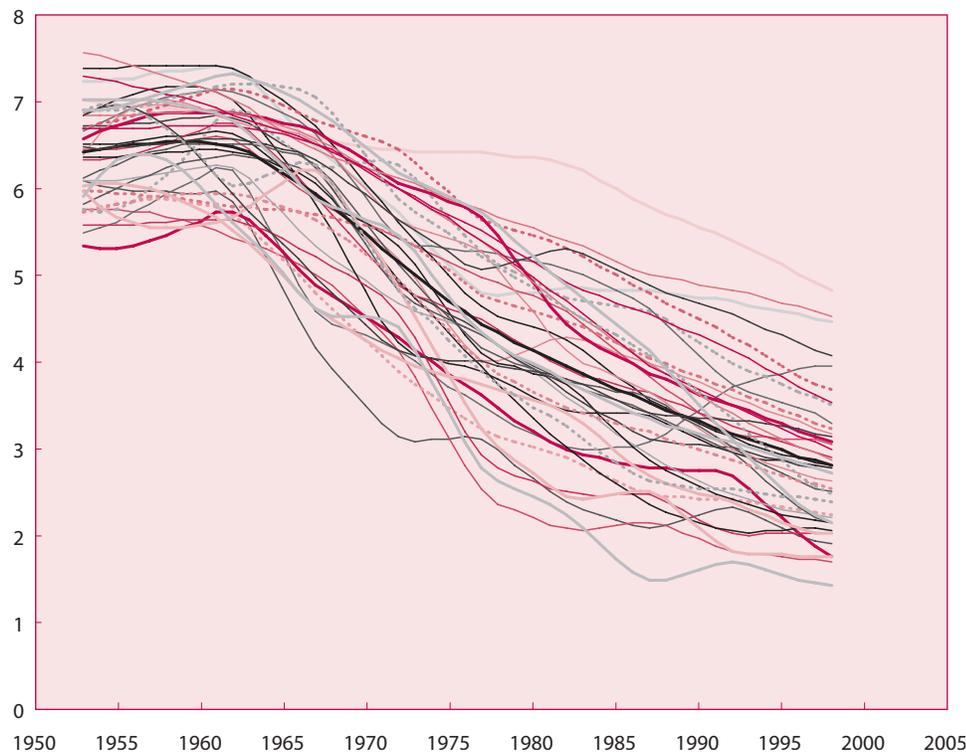
Las pautas de fecundidad en los países que iniciaron la transición en el decenio de 1960

Pese a estas limitaciones, se puede aprender mucho de las transiciones parciales observadas hasta la fecha. Por ejemplo, el historial de los países que iniciaron su transición en el decenio de 1960 ofrece un punto de partida útil para la discusión, porque esas transiciones ya tienen al menos 30 años de vida. Las tendencias de fecundidad en este conjunto de 38 países se trazan en el gráfico 1. Tres características esenciales de estas transiciones son evidentes: 1) la fecundidad es alta hasta que comienza la transición; 2) una vez que comienza la transición, la fecundidad desciende rápidamente y tiende a seguir bajando; 3) el ritmo de descenso se hace más lento a medida que los países llegan a las últimas etapas de la transición. En este grupo de países el descenso anual de la TGF fue, en promedio, de 0,15 a comienzos del decenio de 1970 y sólo de 0,06 en el de 1990.

Pese a estas similitudes generales, los países que iniciaron la transición en el decenio de 1960 difieren entre sí considerablemente en cuanto a nivel y ritmo de descenso de fecundidad en todas las etapas de la transición. Especialmente notable es la gran diversidad de tasas de fecundidad en el quinquenio de 1995 a 2000, que oscila de 4,9 en Guatemala a 1,5 en la República de Corea. Después de tres decenios de transición, sólo ocho de esos 39 países tienen una TGF de 2,1 o menos. Los rápidos descensos a niveles inferiores del de reemplazo son la excepción en vez de la regla.

Gráfico 1
TGF de 1953 a 1998 en los países que iniciaron su transición en el decenio de 1960

Nacimientos por mujer



Fuente: Naciones Unidas, 2001.

El ritmo del descenso de la fecundidad

Los datos de sección transversal más recientes de todos los países permiten comprobar si el ritmo de descenso es más lento al final de la transición. Para cada país, el ritmo se mide como el cambio anual de la fecundidad total entre dos quinquenios consecutivos. Por ejemplo, la TGF del mundo en desarrollo en conjunto bajó 0,43 nacimientos entre 1985-1990 y 1990-1995 (de 3,80 a 3,37). El ritmo anual de descenso durante el quinquenio que comenzó en 1985-1990 es, por tanto, 0,086 (es decir, 0,43/5). En el gráfico 2 se traza el ritmo promedio de grupos de países con distintos niveles de fecundidad. Se incluyen todas las observaciones posteriores a la entrada de un país en la transición. La relación entre nivel de la TGF y su ritmo se traza separadamente para los períodos anteriores y posteriores a 1975².

La conclusión principal es que existe una relación directamente proporcional entre ritmo de cambio de fecundidad y nivel de fecundidad: cuanto más baja es la TGF, más lento es el ritmo de cambio. Por ejemplo, antes de 1975, el ritmo anual promedio era de 0,15 en los países con una TGF entre 4 y 6, pero sólo de 0,04 en los países cuya TGF oscilaba entre 2,0 y 2,5.

Una comparación de esta relación entre los períodos anterior y posterior a 1975 muestra un ritmo considerablemente más rápido antes que después de 1975 en los países que se encontraban en las etapas más tempranas de la transición³. Por ejemplo, los países en transición con TGF entre 4 y 6 antes de 1975 experimentaron descensos más rápidos que los que tenían TGF entre 4 y 6 después de 1975⁴. En cambio, esa diferencia entre el ritmo de antes y después de 1975 no existía en los países con niveles más bajos de fecundidad. Más adelante se examinan las posibles explicaciones de este hecho.

Esta prueba transversal es compatible con la configuración longitudinal observada en el grupo de países cuyas transiciones comenzaron en el decenio de 1960 (véase el gráfico 1). Ambas indican descensos considerables del ritmo a medida que avanza la transición

El decenio de 1990

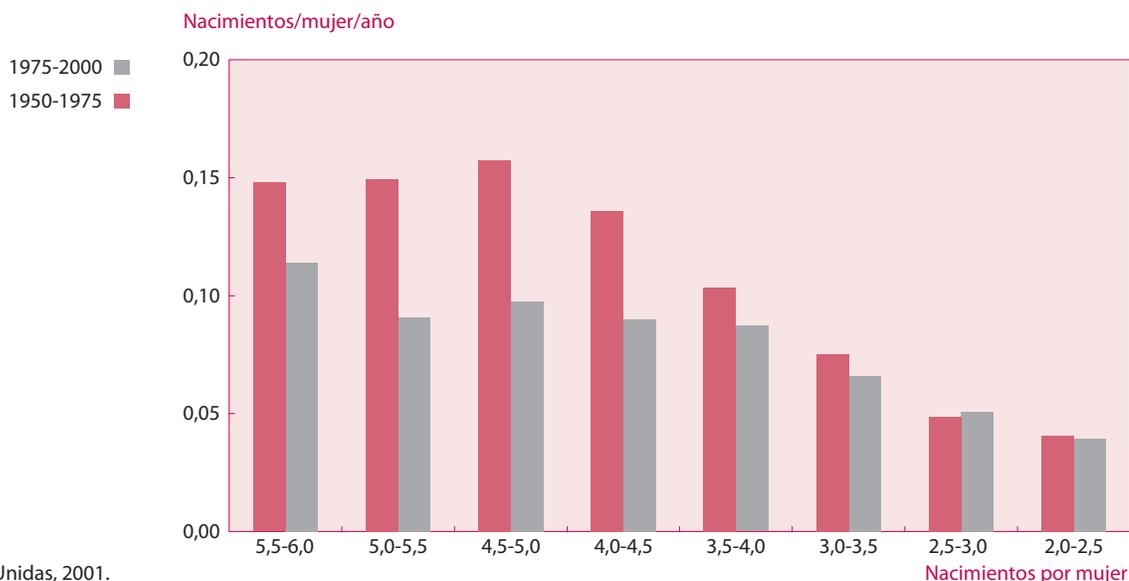
En el análisis precedente las tendencias de fecundidad se calcularon sobre la base de las estimaciones de las Naciones Unidas para los últimos 50 años. Lamentablemente, las estimaciones correspondientes a finales del decenio de 1990 en muchos países se basan en

² Por ejemplo, para el período posterior a 1975, un país en transición en 1975 contribuye con cuatro observaciones con tasas globales de fecundidad para 1975-1980, 1980-1985, 1985-1990 y 1990-1995 y las estimaciones de ritmo correspondientes para 1975-1980 a 1980-1985, 1980-1985 a 1985-1990, 1985-1990 a 1990-1995 y 1990-1995 a 1995-2000. El hecho de que algunos países contribuyan con más observaciones que otros puede conducir a un sesgo, pero este sesgo se reduce al hacer los ajustes necesarios por el nivel de la tasa global de fecundidad en el gráfico 2.

³ Esta conclusión es acorde con Casterline (2001a), que informó que los descensos de fecundidad nacional en los primeros 10 años de la transición se produjeron con más rapidez en el decenio de 1960 que en los siguientes.

⁴ Un análisis posterior no muestra tendencias significativas desde 1975.

Gráfico 2
Ritmo de descenso anual de la TGF, por TGF en países en transición



información directa muy limitada. Sólo un pequeño número de países en desarrollo tiene estadísticas vitales precisas y sólo en un número limitado de otros países se han realizado encuestas después de 1995. Los datos de la ronda 2000 de censos todavía no estaban disponibles cuando se hicieron las estimaciones publicadas por las Naciones Unidas (2001). Por consiguiente, en muchos países, las estimaciones para 1995-2000 se han obtenido indirectamente o son proyecciones de períodos anteriores.

En los últimos años, se ha podido disponer de los resultados de una serie de encuestas demográficas y de salud (EDS) muy recientes. Estos nuevos datos ofrecen información valiosa sobre tendencias de fecundidad en el decenio de 1990. Para los fines actuales, se seleccionó un subgrupo de países participantes en las encuestas demográficas y de salud, en los que se habían realizado dos encuestas en los años de 1990 y en los que la TGF era menor de 4 al comienzo de dicho período⁵. Nueve países respondían a esos criterios y las dos estimaciones sucesivas de su TGF se presentan en las dos primeras columnas del cuadro 1. Cuando se realizó la primera encuesta, a comienzos del decenio de 1990, la escala de la TGF fluctuaba entre 3,9 en Egipto y 2,5 en Turquía. Al realizarse la segunda encuesta, a finales del decenio de 1990 o en 2000, la TGF había descendido en la mayor parte de los casos, excepto en Turquía, donde se midió un ligero aumento. La TGF más baja al realizarse la segunda encuesta era de 2,1 en Kazajstán y la más alta, de 3,5, en Egipto.

El ritmo de descenso entre las dos encuestas era de un promedio de 0,048 nacimientos por mujer al año. Es notable que en cinco de los países el ritmo era de 0,3 o menos, muy por debajo del observado en el decenio de 1980. Las transiciones en esos países han seguido un ritmo radicalmente más lento en los años 90 o están a punto de estancarse.

En la última columna del cuadro 1 se indica el ritmo de descenso de la fecundidad, según las estimaciones de las Naciones Unidas, para el período comprendido entre las dos encuestas demográficas y de salud en los años 90. El ritmo promedio en las estimaciones de las Naciones Unidas para este grupo de países es de 0,074, considerablemente más alto que el de 0,048 estimado a partir de las encuestas demográficas y de salud. Ahora bien, también es posible que las Naciones Unidas hayan sobreestimado la rapidez del descenso en algunos de esos países.

Los tres elementos de prueba examinados aquí: las tendencias en los países que iniciaron la transición en los años 60, el ritmo de sección transversal en distintos niveles de fecundidad y las tendencias recientes según se desprende de las encuestas demográficas y de salud, nos llevan a dos conclusiones. Primera, el ritmo de descenso de la fecundidad va disminuyendo a medida que los países se van adentrando en el proceso de transición. Esta no es una conclusión especialmente sorprendente o polémica, pero la causa de esa

⁵ En los países en los que se habían realizado más de dos encuestas en el decenio de 1990, se usaron la primera y la última.

Cuadro 1
Estimaciones de la tasa global de fecundidad y el ritmo anual de descenso de la TGF para los países con dos encuestas EDS entre 1990 y 2000 y con TGF <4 cuando se realizó la primera encuesta

	TGF observada de las encuestas EDS		Ritmo de descenso	
	Comienzos del decenio de 1990	Finales del decenio de 1990	Estimaciones de las EDS	Estimaciones de las Naciones Unidas
Bangladesh (1993/2000)	3,4	3,3	0,01	0,09
Colombia (1990/2000)	2,8	2,6	0,02	0,04
Egipto (1992/2000)	3,9	3,5	0,05	0,09
India (1993/1998)	3,4	2,8	0,11	0,08
Indonesia (1991/1997)	3,0	2,8	0,03	0,09
Kazajstán (1995/1999)	2,5	2,1	0,11	0,06
Perú (1992/2000)	3,5	2,8	0,09	0,09
Rep. Dominicana (1991/1996)	3,3	3,2	0,02	0,07
Turquía (1993/1998)	2,5	2,6	-0,02	0,07
Media	3,1	2,9	0,048	0,073

Fuente: EDS primeros informes de países e interpolación de las Naciones Unidas (2001).

tendencia no es obvia. Además, la reducción del ritmo a lo largo del tiempo en los países que iniciaron pronto su transición es inesperada y requiere una explicación. Segunda, al final de la transición, la prueba es menos tajante, pero la convergencia a 2,1 parece poco probable que se produzca en los próximos 25 años, incluso en los países que ya están en transición. Sería más plausible suponer una variación considerable de niveles de fecundidad al final de la transición en los próximos dos decenios, con algunos países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y otros estancados a niveles más altos.

LAS RELACIONES ENTRE LA FECUNDIDAD Y LOS INDICADORES DE DESARROLLO

Para entender mejor las pautas contemporáneas de la transición de la fecundidad, es conveniente examinar la relación entre fecundidad e indicadores socioeconómicos. Para este fin, se utilizarán los cinco indicadores convencionales siguientes: esperanza de vida al nacer, porcentaje de adultos alfabetizados, logaritmo del PIB real per cápita ajustado por poder adquisitivo, porcentaje de población en zonas urbanas y porcentaje de fuerza laboral en agricultura (Naciones Unidas 2001, Banco Mundial 2000, Heston y colaboradores 1995). Los datos para la mayor parte de estas variables se pueden obtener para el período comprendido entre 1960 y los primeros años del decenio de 1990 y, por tanto, el análisis siguiente se limita a esos años⁶. Todos los países para los que se dispone de datos se incluyen en el análisis, excepto los principales países exportadores de petróleo (Brunei, Jamahiriya Árabe Libia, Omán, Arabia Saudita y Emiratos Árabes Unidos), cuya extraordinariamente insólita experiencia de desarrollo no se examinará. Se excluyen igualmente los años de crisis, caracterizados por cambios sumamente bruscos y pronunciados de esperanza de vida (por ejemplo, Camboya en los años 70)⁷.

En el gráfico 3 se traza la relación entre TGF y esperanza de vida y se incluyen todas las observaciones (137 países, con múltiples observaciones por país de 1960-1965 a 1990-1995). La correlación simple entre estas variables es sumamente significativa, $-0,79$. Las correlaciones entre TGF y los otros cuatro indicadores de desarrollo también son muy significativas y en la dirección esperada, aunque de magnitud algo menor: porcentaje de alfabetizados, $-0,73$; PIB per cápita, $-0,68$; porcentaje urbano, $-0,63$, y porcentaje de fuerza laboral agrícola, $0,69$.

Los datos que aparecen en el gráfico 3 también demuestran que la relación entre TGF y esperanza de vida es no lineal. En los niveles más bajos de esperanza de vida, la TGF es alta y no existe una correlación importante entre las dos. En cambio, en los niveles altos de esperanza de vida, la TGF está firme e inversamente relacionada con la esperanza de vida. Configuraciones similares no lineales de asociación se observan en los otros indicadores de desarrollo. Para esclarecer esta cambiante relación es necesario examinar con más detalle las fases sucesivas de la transición. A continuación, se distinguen tres fases: 1) previa a la transición, que abarca todas las observaciones antes de que la TGF alcance el umbral del 5% de descenso, 2) comienzo de la transición y transición temprana, que abarca el primer decenio a partir del año en que se alcanza el umbral, y 3) transición media y tardía, el período restante después de transcurridos 10 años a partir del comienzo de la transición.

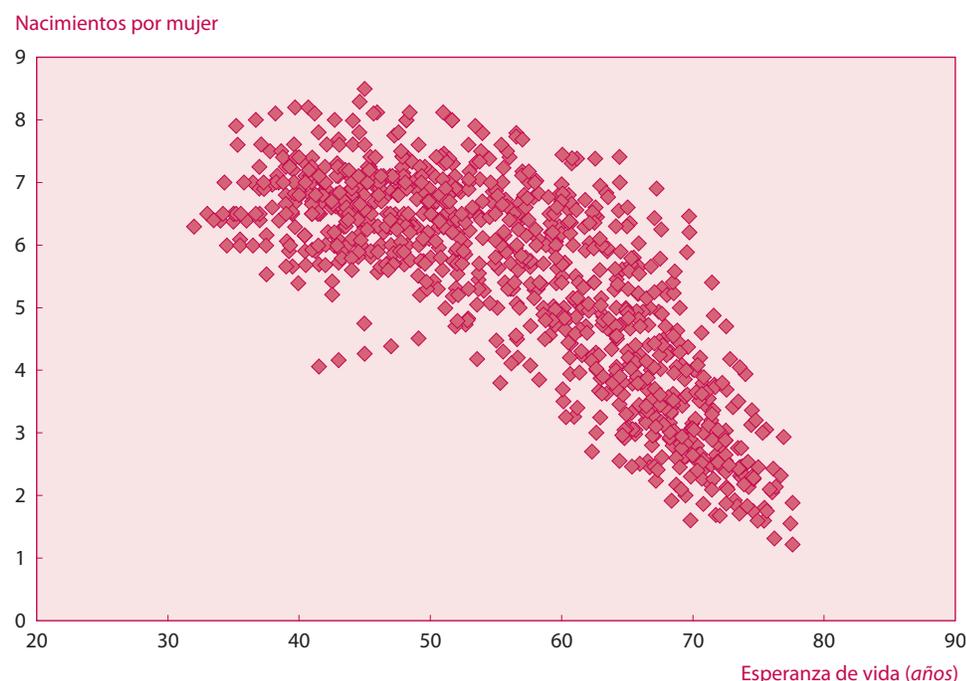
Fase previa a la transición

En 1960-1965, la gran mayoría de los países en desarrollo todavía no había entrado en el período de transición. El promedio de la TGF en estos países que se encontraban en la fase previa a la transición a comienzos del decenio de 1960, era 6,7, con una desviación estándar de 0,6. Los promedios regionales eran similares en Asia (6,5), América Latina (6,6) y el África subsahariana (6,7), pero ligeramente más alto en el Oriente Medio y África del Norte (7,1). El análisis de regresión no muestra efectos de importancia en la

6 El porcentaje de adultos alfabetizados sólo se podía obtener para el período de 1970 a 1998. Dado que esta variable cambia con gran lentitud, las estimaciones correspondientes al decenio de 1960 se hicieron por extrapolación logística regresiva.

7 Los períodos de crisis se definen como quinquenios durante los cuales el cambio de esperanza de vida era más de tres desviaciones estándar del ritmo de cambio promedio de esperanza de vida de todos los países y períodos.

Gráfico 3
Relación entre TGF y esperanza de vida en 137 países en desarrollo
con observaciones de 1960-1965 a 1990-1995



Fuente: Naciones Unidas, 2001.

fecundidad de los indicadores de desarrollo en los países con los niveles más bajos de desarrollo⁸. Aunque la fecundidad en la fase previa a la transición varía de un país a otro, suele haber escasa tendencia ascendente o descendente antes de que comience la transición. Por consiguiente, se puede considerar a la TGF generalmente insensible a los cambios de desarrollo hasta que comienza la transición. Esta pauta de fecundidad es compatible con la existencia de fecundidad natural, es decir, la fecundidad que predomina cuando las parejas no limitan conscientemente el tamaño de su familia (Cleland 2001, Henry 1961, Knodel y van de Walle 1979). Las encuestas de fecundidad en los países que se encuentran en la fase previa a la transición han confirmado que sólo una pequeña proporción de parejas practican la anticoncepción (Curtis y Neitzel 1996) y que las diferencias de fecundidad se deben principalmente a determinantes próximos distintos de la anticoncepción (Bongaarts y Potter 1983). Esta cuestión no se examinará ulteriormente, porque el presente estudio se concentra en las últimas fases de la transición.

El comienzo de la transición

La transición ya ha comenzado en 123 de los 137 países en desarrollo incluidos en este análisis. El año del comienzo varió mucho: 23 países entraron en la transición antes de 1960, 38 lo hicieron en los años 60, 32 en los 70, 23 en los 80 y 7 en los 90. Los 14 países restantes se supone que acabarán por entrar en la transición. Como se indica en el gráfico 1, el comienzo de una transición representa normalmente una ruptura con el pasado, con un ritmo de descenso de la fecundidad radicalmente más alto después que antes del comienzo. En los países para los que se dispone de series cronológicas de uso de anticonceptivos, un aumento del uso de anticonceptivos a partir de niveles muy bajos coincide con el comienzo de la transición (Bongaarts y Johansson 2002; Naciones Unidas 1999).

El comienzo de la transición se produce después de haber estado aumentando por algún tiempo el grado de desarrollo de un país. En promedio, el año del comienzo, la

⁸ Los resultados se basan en regresiones de efectos fijos con observaciones limitadas a los años con los niveles más bajos en cada indicador de desarrollo (esperanza de vida <45, alfabetización <25, log de PIB per cápita <2,7, porcentaje urbano <10, y porcentaje de fuerza laboral agrícola >90).

esperanza de vida era de 54,7 años, la alfabetización 52,8, el logaritmo del PIB per cápita 3,14, el porcentaje urbano 32,8, y el porcentaje de fuerza laboral agrícola 57,5 (véase la última columna del cuadro 2). No obstante, no existe un umbral de desarrollo claramente definido que indique el comienzo de una transición. De hecho, el nivel de desarrollo al comenzar la transición varía mucho en Europa y en los países en desarrollo contemporáneos. Un motivo de estas variaciones es que el nivel de desarrollo al comienzo de la transición parece haber disminuido con el tiempo (Bongaarts y Watkins 1996). Esta tendencia también es evidente en el cuadro 2, que presenta un promedio de indicadores de desarrollo en el año en que comienza la transición en grupos de países que entraron en la transición en distintos decenios, desde el de 1960 al de 1990. Por ejemplo, el promedio de la esperanza de vida el año que comenzaron las transiciones era 57,7 años en el decenio de 1960, pero descendió a 54,1 en el de 1970, a 51,1 en el de 1980, y a 48,7 en el de 1990. De manera análoga, descendieron con el tiempo el promedio de alfabetización, PIB per cápita y porcentaje urbano, y aumentó el porcentaje de fuerza laboral agrícola. Estos efectos son importantes estadísticamente para la esperanza de vida, porcentaje de alfabetización y PIB per cápita⁹. Aparentemente, cuanto más tarde empieza la transición más bajo será el nivel promedio de desarrollo al comienzo de la transición. No está claro si esta tendencia se mantendrá en el futuro.

9 Basado en regresiones por mínimos cuadrados ordinarios (MCO) con controles por región (Asia, América Latina, el Oriente Medio/África del Norte, con el África subsahariana como referencia).

10 Las regresiones por MCO del descenso de la TGF en el decenio siguiente al comienzo de la transición en los indicadores de nivel de desarrollo el año del comienzo de la transición (con ajustes por región) muestran efectos estadísticamente significativos en esperanza de vida, porcentaje de alfabetización y porcentaje en agricultura, pero no en PIB per cápita ni porcentaje urbano. Las regresiones por MCO del descenso de la TGF en el decenio siguiente al comienzo de la transición en el cambio de los indicadores de desarrollo en el mismo decenio (con ajustes por región) no muestran efectos estadísticamente significativos en cambio de esperanza de vida, alfabetización, porcentaje en agricultura y porcentaje urbano.

Fase temprana de la transición

Una vez que comienza la transición, suele continuar. El cambio de sentido y la nivelación son muy poco comunes en las fases iniciales de la transición. El ritmo de descenso suele ser más rápido inmediatamente después del comienzo que en cualquier otra fase de la transición. En un estudio anterior de esas tendencias de Bongaarts y Watkins (1996) se llegó a la conclusión de que el ritmo inicial de cambio de fecundidad no estaba relacionado con el ritmo de desarrollo. Sin embargo, el ritmo del descenso inicial estaba directamente relacionado con el nivel de desarrollo al comienzo de la transición. Estas conclusiones se confirman aquí con un conjunto de datos más completo. Por ejemplo, en el gráfico 4 se traza el descenso anual de la TGF en el decenio siguiente al comienzo de la transición, por esperanza de vida al comenzar la transición. La importante relación directa entre estas variables indica que cuando un país empieza su transición con una esperanza de vida baja tiene, en promedio, un ritmo inicial de descenso de fecundidad más lento que otro país con una esperanza de vida más alta al comienzo de la transición. Se ha comprobado que el grado de alfabetización y el porcentaje de fuerza laboral en la agricultura al comenzar la transición tienen efectos igualmente importantes en el ritmo inicial del descenso¹⁰.

Estas conclusiones son acordes con las observaciones anteriores (gráfico 2) de que el ritmo en la etapa inicial de la transición ha disminuido con el paso del tiempo. Aparentemente, en los últimos decenios, los países entraron en la transición a niveles de desarrollo más bajos, por lo que su ritmo inicial es más bajo que en los países que entraron en la transición en decenios anteriores, cuando habían alcanzado un grado de desarrollo más alto.

Cuadro 2
Niveles medios de indicadores de desarrollo en el año del comienzo de la transición, por decenio en el que comenzó la transición

	Decenio en que comenzó la transición				
	1960	1970	1980	1990	Todos
Esperanza de vida (años)	57,7	54,1	51,1	48,7	54,7
Alfabetización (%)	61,6	52,2	44,9	41,3	52,8
PIB per cápita (log \$)	3,21	3,19	3,03	^a	3,14
Población urbana (%)	37,2	34,3	25,2	27,0	32,8
Fuerza laboral en agricultura (%)	50,3	57,1	68,2	^a	57,5

Fuente: Véase el texto.

^a Menos de 5 observaciones.

Gráfico 4
Ritmo de descenso de la TGF en el decenio siguiente al inicio de la transición
por esperanza de vida en el año del inicio

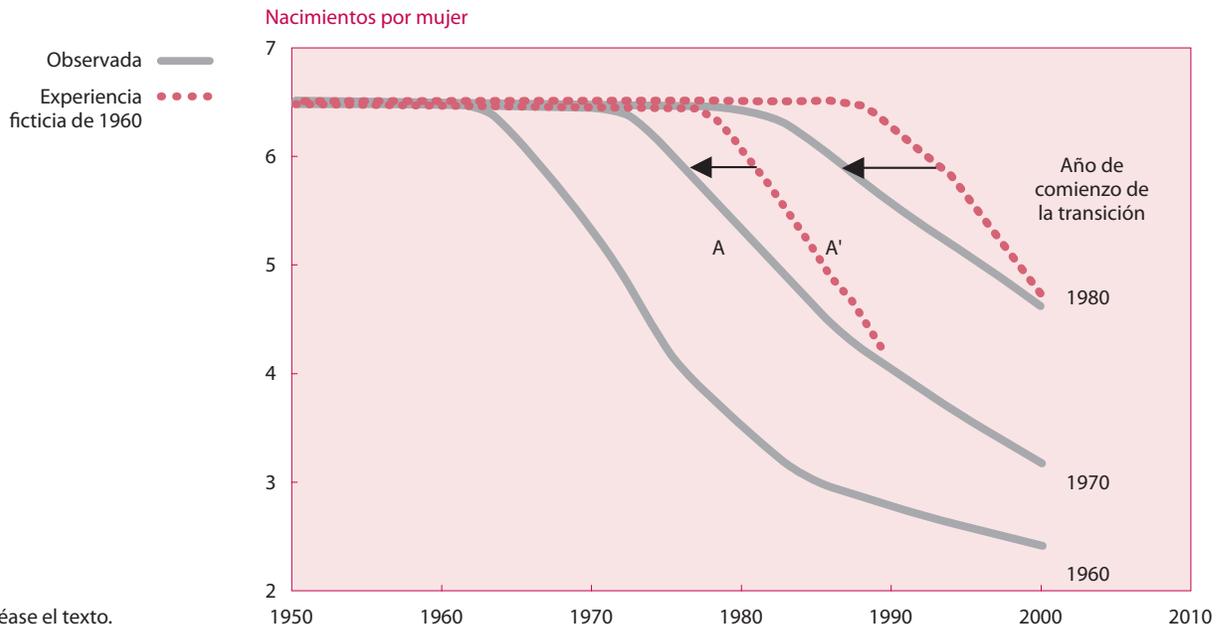


Fuente: Naciones Unidas, 2001.

Las características esenciales de las fases tempranas de la transición se resumen en el gráfico 5, en el que se presentan diagramas estilizados de tendencias de fecundidad en tres grupos de países que iniciaron la transición en los años 60, 70 y 80, respectivamente. Las líneas continuas representan el promedio de las tendencias de fecundidad aproximadas observadas en estos tres grupos. Las líneas de puntos representan tendencias ficticias de fecundidad que se habrían observado si los grupos que iniciaron la transición en los años 70 y 80 hubieran estado expuestos al mismo grado de desarrollo al comienzo de la transición y hubieran experimentado el mismo ritmo inicial de descenso que se ha observado en el grupo que inició la transición en el decenio de 1960. Por ejemplo, la línea A representa la tendencia media aproximada observada en los países que iniciaron su transición en los años 70. Si las transiciones en este grupo hubieran comenzado en un grado de desarrollo y con un ritmo típicos de los años 60, sus transiciones habrían empezado más tarde (digamos, alrededor de 1980, cuando su grado de desarrollo habría sido más alto que en los años 70) y a un ritmo más rápido que el experimentado realmente (compárese la línea de puntos A' con la línea continua A). De manera similar, si las poblaciones que comenzaron la transición en los años 80 hubieran seguido las pautas normales de los años 60, habrían entrado en la transición considerablemente más tarde (digamos, en los años 90) y a un ritmo más rápido. Dado que el inicio relativamente temprano de las transiciones en los años 70 y 80 están relacionados con un ritmo inicial más lento, con el tiempo las tendencias de fecundidad observadas en esos grupos de países tienden a converger en los niveles que se habrían observado sin esos efectos (es decir, la línea continua y la línea de puntos del gráfico 5 convergen). En consecuencia, estos efectos son importantes al principio de la transición, pero esta importancia disminuye con el tiempo.

Es probable que la explicación de estas tendencias de fecundidad en las fases tempranas de la transición, a primera vista desconcertantes, esté en los procesos de difusión e interacción social, que entorpecen el ajuste sin trabas de la fecundidad a circunstancias socioeconómicas en evolución. Entendemos por difusión la propagación de información, ideas y comportamientos entre individuos, comunidades y países, y por interacción social, el hecho de que las actitudes y los comportamientos de los individuos con respecto a la procreación pueden estar sujetos a la influencia de los comportamientos y las actitudes

Gráfico 5
Tendencias de fecundidad aproximadas en transiciones observadas y ficticias
en grupos de países que comenzaron la transición en los años 60, 70 y 80



Fuente: Véase el texto.

de otros. Se han publicado numerosos estudios sobre este tema (Bongaarts y Watkins, 1996; Caldwell, 2001; Casterline, 2001a y 2001b; Cleland, 2001; Cleland y Wilson, 1987; Kohler, 2001; Knodel y van de Walle, 1979; Montgomery y Casterline, 1996; National Research Council, 2001; Watkins, 1986 y 1987) y aquí sólo se presentará un breve esbozo de los puntos principales:

- El primer elemento clave de una explicación es una resistencia inicial al cambio reproductivo en sociedades con fecundidad natural, que se encuentran en la fase previa a la transición. Las normas y los valores tradicionales tienden a apoyar el concepto de familias numerosas y a desalentar la limitación deliberada del tamaño de la familia mediante la anticoncepción. Esta resistencia al cambio conduce a una discrepancia creciente entre el tamaño real y el tamaño deseado de la familia, cuando la mortalidad infantil y el tamaño deseado de la familia disminuyen con el desarrollo, lo que da lugar a la posibilidad de un futuro descenso de la fecundidad.

Al ir avanzando el desarrollo, el deseo de cambio reproductivo es suficientemente fuerte y generalizado para que unos pocos innovadores adopten la anticoncepción —los primeros en hacerlo suelen ser las parejas urbanas y muy instruidas. Una vez iniciado, el cambio reproductivo se propaga rápidamente, ya que los procesos de difusión e interacción social refuerzan, en lugar de entorpecer, este cambio. El costo de la anticoncepción (definido en términos generales para incluir los costos sociales) baja. Además, la difusión y la interacción social pueden alterar la evaluación por las parejas de los costos y beneficios de la procreación, lo que reduce las preferencias de fecundidad. La combinación de una considerable (y creciente) combinación de demanda de anticoncepción y reducción de su costo da por resultado “una brusca aceleración del descenso de la fecundidad para ganar el tiempo perdido, al liberar los deseos reprimidos de limitar la fecundidad” (Casterline, 2001a, pág. 34). Este descenso inicial de la fecundidad suele ser más rápido cuanto más desarrollada es una sociedad al empezar la transición, porque los grados más altos de desarrollo están relacionados con el deseo de una familia más pequeña y, por ende, con disparidades más acusadas entre el com-

tamiento real y el deseado. Y cuanto más desarrollado es un país, más extensas las vías de interacción social y de difusión de información, actitudes e ideas innovadoras.

- Por último, la interacción social entre países es una causa importante de la reducción, con el tiempo, del grado medio de desarrollo al comenzar la transición. El hecho de que algunos países del mundo o de una región hayan entrado en una transición, tiende a facilitar el inicio en otros países que todavía están en la fase previa a la transición. La interacción entre los países se lleva a cabo a través de numerosas vías, en particular el comercio, el intercambio de tecnología, la migración laboral, el turismo y los medios de comunicación, todos los cuales facilitan la propagación de ideas e información sobre los medios y la conveniencia de la limitación del tamaño de la familia. Una intensa actividad internacional para poner en práctica programas de planificación de la familia en muchos países en desarrollo también ha tenido un papel destacado, ya que esos programas dan a las parejas información sobre métodos de control de natalidad y acceso a ellos.

Si bien esta explicación de las pautas observadas de la transición es plausible, todavía quedan muchos cabos sueltos y será necesario continuar las investigaciones para confirmar su validez.

Las fases media y tardía de la transición

En las últimas fases de la transición, el comportamiento de fecundidad es más consecuente con las expectativas de la mayor parte de las teorías demográficas y económicas (Becker, 1991; Bulatao y Lee, 1983; Caldwell, 1982; Easterlin, 1975; Notestein, 1953). Según estas teorías, la principal fuerza motriz de las transiciones de la fecundidad es un aumento del costo de los hijos y un descenso de su valor para los padres, al transformarse las sociedades agrícolas en sociedades industriales modernas. Ese cambio de costos y beneficios conduce a la disminución del tamaño deseado de la familia y, con la puesta en práctica de estas preferencias mediante la anticoncepción y el aborto, a una fecundidad más baja. Como resultado, los niveles de fecundidad están inversamente relacionados con los indicadores de desarrollo.

Esta conclusión está avalada por los resultados de la regresión presentados en el cuadro 3. Cinco indicadores de desarrollo y año de observación son las variables explicativas de la TGF¹¹. Se incluyen todas las observaciones de 1960-1965 a 1990-1995, en las que un país se encuentra a más de 10 años de distancia del año en que comenzó la transición. Las conclusiones principales de esta regresión son las siguientes¹²:

- Los coeficientes de esperanza de vida y alfabetización son muy significativos y negativos, lo que supone que esos indicadores de desarrollo están inversamente relacionados con la fecundidad.
- Los efectos del PIB per cápita, porcentaje urbano y porcentaje de fuerza laboral en la agricultura no son significativos.
- Las variables ficticias regionales para Asia, América Latina y el Oriente Medio no son significativamente distintas de cero (África es la región de referencia).
- Ninguna de las variables ficticias para el año de observación es significativa. Esto indica que la relación entre fecundidad y desarrollo no varía con el tiempo. (El hecho de que los coeficientes de esas variables ficticias sean positivos y disminuyan con el tiempo deja abierta la posibilidad de un ligero desplazamiento descendente con el tiempo en la TGF en determinados niveles de indicadores de desarrollo).

Estos resultados respaldan la opinión de que el desarrollo humano (en particular las mejoras en salud y educación) es el determinante más decisivo del adelanto a través de la transición de la fecundidad (Sen, 1999). De hecho, es posible que la fecundidad en

¹¹ Es probable que la relación entre la TGF y las mediciones socioeconómicas sea no lineal a niveles muy altos de desarrollo, porque la fecundidad no puede continuar cayendo indefinidamente a medida que avanza el desarrollo. Esta cuestión no se volverá a tratar aquí, porque muy pocas poblaciones han llegado a ese punto de la transición.

¹² Una regresión de efectos fijos con ajustes por las variables no observadas del país y el uso de algunas variables explicativas dio resultados muy similares: efectos negativos importantes en la esperanza de vida y la alfabetización, ningún efecto de consideración en el PIB per cápita, porcentaje de la fuerza laboral en la agricultura y variables ficticias por año de observación. La única diferencia con los resultados de los mínimos cuadrados ordinarios presentados en el cuadro 3 es que el efecto del porcentaje urbano es considerable y negativo. Una prueba de interacciones entre medidas de desarrollo y año no encontró efectos significativos.

Cuadro 3

Resultado de las regresiones (mínimos cuadrados ordinarios (MCO)) para la tasa global de fecundidad e indicadores de desarrollo de países en las fases media o tardía de transición (>10 años después del inicio de la transición)

Variable	Coficiente	Coficiente t	Nivel de significación
Esperanza de vida	-0,104	-6,28	0,000
Porcentaje de alfabetización	-0,015	-3,02	0,003
Logaritmo del PIB per cápita	-0,157	-0,45	0,650
Porcentaje urbano	0,002	0,48	0,631
Porcentaje de fuerza laboral agrícola	0,004	0,68	0,498
Región = Asia	-0,150	-0,63	0,527
Región = América Latina	0,433	1,92	0,056
Región = Oriente Medio	0,445	1,71	0,089
Año = 1960-1969	0,341	1,56	0,120
Año = 1970-1979	0,200	1,22	0,222
Año = 1980-1989	0,175	1,32	0,187
Constante	11,57	8,10	0,000
R² = 0,60			

Fuente: Véase el texto.

las poblaciones pobres baje al nivel de reemplazo, siempre que la alfabetización y la esperanza de vida sean altas. Ejemplos bien conocidos de esta tendencia son Sri Lanka y, en la India, el estado de Kerala. Cabe señalar que los dos indicadores de desarrollo humano incluidos en este análisis (alfabetización y esperanza de vida) se seleccionaron por disponerse de largas series cronológicas para varios países. Es posible que otras variables muy afines, como la mortalidad infantil o el nivel de matrícula escolar, sean determinantes de la fecundidad de igual o mayor importancia, pero esta cuestión no se examinará aquí, en parte, por falta de datos.

Llegar a una fecundidad cercana a la de reemplazo requiere, aparentemente, altos niveles de desarrollo humano en la mayoría de los países. Para ilustrar este punto, basta considerar el grupo de países en desarrollo que tenían una esperanza de vida por encima de 70, junto con una tasa de alfabetización de más del 90% a finales del decenio de 1990. Sólo 20 de 137 países satisfacen estos criterios. En este pequeño grupo de países de avanzado desarrollo humano, el promedio de la TGF era de 2,24 (es decir, cerca del reemplazo), el promedio de esperanza de vida, 74,5 años, y el promedio de alfabetización del 94,3% (véase el cuadro 4, primera columna). Las conclusiones de que la relación fecundidad-desarrollo no ha cambiado de manera significativa desde los años 60 indica que probablemente se necesitarán niveles similarmente altos de esperanza de vida y alfabetización para alcanzar tasas globales de fecundidad de cerca del reemplazo en el futuro. Dado que la mayoría de los países en desarrollo están muy lejos de estos niveles de desarrollo humano, se tendrán que hacer considerables adelantos antes de que la fecundidad de reemplazo se generalice.

Es interesante comparar estos datos estadísticos de países con alto desarrollo humano con los mismos datos de países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo a finales del decenio de 1990. Veintiún países tenían una TGF de 2,1 o menos y sus TGF eran, en promedio, de 1,76. Como se muestra en la última columna del cuadro 4, esta baja fecundidad estaba acompañada de, aproximadamente, los mismos niveles de esperanza de vida y alfabetización que predominaban en el grupo de países con alto desarrollo. Ahora bien, la fecundidad difería en 0,5 nacimientos —2,24 frente a 1,76— entre los dos grupos de países. Esta diferencia se explica en gran parte por la índole de los países con baja fecundidad. Las poblaciones que ahora tienen fecundidad de reemplazo son un grupo selecto en el que la fecundidad es, en promedio, más sensible a los cambios socioeconómicos que en los países con los mismos niveles de desarrollo que no han alcanzado el fin de la transición. Su experiencia no es una guía útil de tendencias futuras en

Cuadro 4
Promedios de esperanza de vida, alfabetización y TGF en países con alto desarrollo humano y en países con baja fecundidad, 1995-2000

Promedio en 1995-2000	20 países con alto desarrollo humano (esperanza de vida>70 y alfabetización>90)	21 países con baja fecundidad (TGF<=2,1)
Esperanza de vida (años)	74,5	73,5
Alfabetización (%)	94,3	93,0
TGF (nacimientos por mujer)	2,24	1,76

otros países en desarrollo. En particular, no es posible llegar a la conclusión de que todos o la mayor parte de los países en desarrollo seguirán de cerca la trayectoria de este pequeño subgrupo selecto de países.

Un motivo por el que es difícil alcanzar la fecundidad de reemplazo es que requiere un alto grado de control de natalidad. La TGF en cualquier momento dado es igual a la suma de la fecundidad deseada y la no deseada. Incluso si la fecundidad deseada disminuye a 2, nivel muy normal en los países en desarrollo que se aproximan al final de la transición, el nivel general de fecundidad será más alto, debido a la procreación no deseada. Según las encuestas demográficas y de salud, las TGF no deseadas oscilan entre unas pocas décimas de nacimiento (por ejemplo, en Indonesia) a cerca de dos nacimientos por mujer (por ejemplo, en Bolivia) (Bankhole y Westoff, 1995). Se necesita fácil acceso a métodos de planificación de la familia y a servicios de aborto para alcanzar bajos niveles de procreación no deseada. Alcanzar la fecundidad de reemplazo requiere un tamaño deseado de familia reducido y excelente control de la fecundidad. A falta de cualquiera de estas condiciones, la fecundidad se mantendrá por encima del reemplazo.

Es importante señalar que cualquier análisis de niveles y tendencias de la TGF puede aparecer confuso por los llamados efectos calendario, causados por un cambio en la edad de la procreación (Bongaarts y Feeney, 1998; Bongaarts, 1999). Es probable que estos efectos calendario existan en muchos países en desarrollo porque la edad al contraer matrimonio y al tener el primer hijo está aumentando, pero una discusión a fondo de esta cuestión cae fuera del ámbito del presente estudio.

La función de los programas de planificación de la familia no se examina expresamente en la regresión que se presenta resumida en el cuadro 3, por falta de series cronológicas fiables de esfuerzo del programa para los decenios de 1960 y 1970. Una regresión separada (no mostrada), limitada a las observaciones de comienzos del decenio de 1990 y con la adición de la puntuación por esfuerzo del programa como variable explicativa, tuvo un efecto significativo para el esfuerzo del programa. Este resultado confirma estudios anteriores en los que se llegó a la conclusión de que esos programas reducen la fecundidad al ayudar a las parejas a poner en práctica sus preferencias de fecundidad (Bongaarts, 1997; Tsui, 2001). Un programa de planificación de la familia de alta calidad puede llevar a un país más cerca de la fecundidad de reemplazo de lo que se podría esperar de su grado de desarrollo únicamente. Un ejemplo de este efecto se encuentra en Bangladesh, que tiene una tasa global de fecundidad de 3,3, pese a tener puntuaciones relativamente bajas en la mayor parte de los indicadores.

Este repaso de los efectos del desarrollo en la fecundidad nos lleva a las conclusiones tentativas siguientes. Aunque un descenso de la demanda de hijos es la fuerza principal que impulsa la transición, cada una de las fases de la transición se caracteriza por un proceso distinto. En las sociedades anteriores a la transición, la fecundidad es natural e, inicialmente, insensible a los cambios en el desarrollo. En cambio en los años inmediatamente después del inicio de la transición, el cambio de fecundidad suele ser más rápido, ya que los procesos de difusión e interacción social reducen el costo de la anticoncepción y facilitan el establecimiento de nuevas actitudes y comportamientos reproductivos. Estos procesos aparentemente tienen su principal efecto al principio de la transición y, en consecuencia, el ritmo de descenso se hace más lento con el tiempo. Por último, a medida

que la transición se acerca a sus últimas etapas, la fecundidad está íntimamente relacionada con indicadores de desarrollo y el continuo descenso de la fecundidad suele requerir desarrollo adicional. Eso no significa que los efectos de difusión e interacción social desaparezcan más tarde en la transición, sino, más bien, que esos efectos están entonces estrechamente vinculados al desarrollo.

LA PROYECCIÓN DE LAS TENDENCIAS FUTURAS DE FECUNDIDAD

El historial de las transiciones de fecundidad es la base principal de la formulación de proyecciones de fecundidad. Las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas y otros organismos como el Banco Mundial (2000), el Instituto Internacional para el Análisis de Sistemas Aplicados (Lutz, 1996) y la Oficina del Censo de los EE.UU. (1999) suelen partir del supuesto de que los países que se encuentran en la etapa previa a la transición entrarán en ella en el futuro próximo y que, una vez iniciada, la transición continuará hasta que la TGF llegue a ser de 2,1 o menos. Los detalles de cómo se hacen estas proyecciones en cada país son complejos y no se examinarán aquí, pero es oportuno presentar un breve comentario sobre las proyecciones más usadas por las Naciones Unidas.

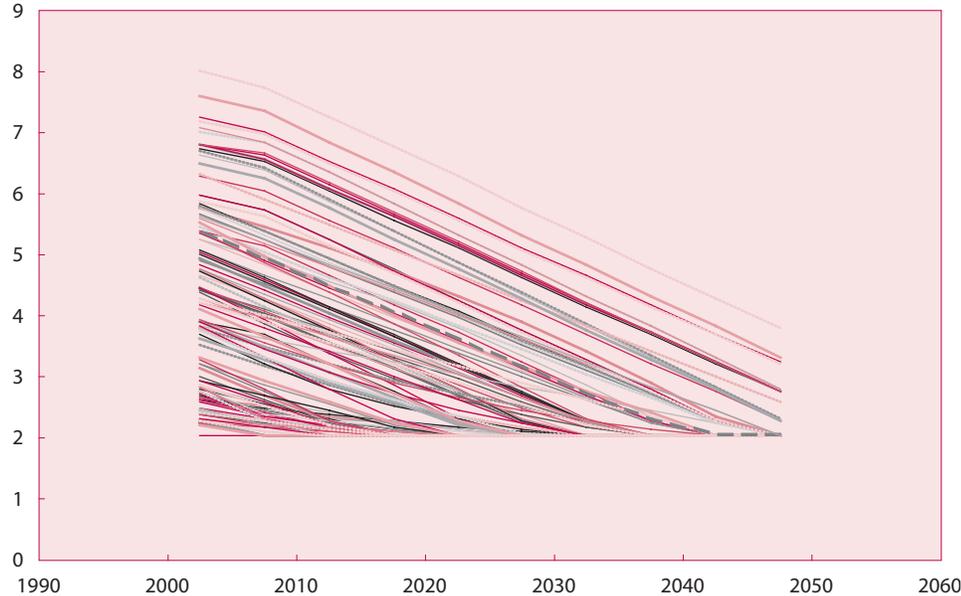
La metodología de las Naciones Unidas para proyectar la fecundidad en la gran mayoría de los países en desarrollo que no han completado su transición consta de tres pasos. Primero se analizan los datos de encuestas, censos y otras fuentes para obtener una estimación de la TGF en el quinquenio más reciente (por ejemplo, 1995-2000 para la *Revisión de 2000*). Después, se determina el año horizonte en que la fecundidad alcanza 2,1. Para la estimación de este año se toman en consideración “una serie de factores socioeconómicos, como políticas y programas de población, alfabetización de adultos, matrícula escolar, condiciones económicas (producto interno bruto o producto nacional bruto per cápita) mortalidad infantil y nupcialidad, así como factores históricos, culturales y políticos (Naciones Unidas 1998). Por último, la interpolación lineal entre 1995-2000 y el año horizonte dan la trayectoria proyectada de la TGF (excepto en los países que se encontraban en la etapa previa a la transición en el quinquenio 1995-2000, en los que se proyecta que comience el descenso después de 2005). La ventaja de este procedimiento es que se puede aplicar fácilmente a gran número de países. Para un pequeño número de países, las Naciones Unidas formula hipótesis más detalladas y la trayectoria resultante es no lineal.

Las características principales de las proyecciones de las Naciones Unidas de la TGF por país son evidentes al estudiar el gráfico 6, en el que se trazan tendencias esperadas de 2000 a 2050 para todos los países en desarrollo con fecundidad por encima del nivel de reemplazo. Una comparación de estas trayectorias con el patrón del pasado en los países que entraron en la transición en el decenio de 1960 (véase el gráfico 1) revela dos diferencias principales. Primera, después de tres decenios de transición, los niveles y las tendencias de fecundidad observadas en el pasado son considerablemente más diversas de lo que da a entender la hipótesis de convergencia de 2,1 de las Naciones Unidas. Aunque las transiciones trazadas en el gráfico 1 todavía no se han completado, parece probable que en el futuro persistan diferencias considerables de fecundidad. Algunos países terminarán la transición por debajo de 2,1, mientras que otros la terminarán por encima de 2,1. Aunque es difícil predecir la fecundidad futura al final de las transiciones actualmente en curso, es razonable suponer que la fecundidad variará con las condiciones socioeconómicas. Segunda, como se muestra en los gráficos 1 y 2, la tendencia de la fecundidad durante la transición no es lineal. En vez de ser constante (como proyecta las Naciones Unidas para la mayor parte de los países) el ritmo observado de las transiciones anteriores ha sido más lento en las fases últimas que en las fases iniciales de la transición.

La variante media de las proyecciones de las Naciones Unidas prevé que la TGF de los países en desarrollo descenderá de 4,1 en 1995-2000 a 2,8 en 2020-2025. También

Gráfico 6
Proyecciones de la TGF para los países en desarrollo, variante media
de las Naciones Unidas 2000-2050

Nacimientos por mujer



Fuente: Naciones Unidas, 2001.

prevé que gran número de países terminarán su transición con una TGF de exactamente 2,1 y sólo un pequeño número con una TGF por debajo de 2. Las tendencias reales de los países se desviarán indudablemente de las tendencias proyectadas, a causa de acontecimientos imprevistos o errores imprevistos. Además, el análisis anterior indica que habrá algunos errores sistemáticos. Por ejemplo, el número de países con fecundidad por debajo de 2 será, casi con certeza, más alto que el proyectado por las Naciones Unidas y, en igualdad de circunstancias, esto llevará a la TGF de 2020-2050 por debajo de los niveles proyectados. Ahora bien, las proyecciones de las Naciones Unidas para la mayor parte de los países no prevén una disminución significativa del ritmo de descenso de fecundidad al final de la transición como se ha observado en el pasado. Esta característica supone que las tendencias reales de fecundidad en algunos países serán más altas que las proyectadas. El resultado neto es una serie de pequeños errores positivos y negativos en las proyecciones, que, en parte, se compensarán mutuamente. Dado que no está claro si los errores positivos serán mayores o más pequeños que los negativos, no hay razón de concluir que las proyecciones de las Naciones Unidas para los próximos 25 años son, en promedio, demasiado altas o demasiado bajas.

CONCLUSIÓN

En el caso de que se repita el historial pasado de fecundidad, al menos a grandes rasgos, y de que continúe el desarrollo, se pueden esperar las tendencias siguientes en los próximos decenios:

- El pequeño número de países que todavía está en la etapa previa a la transición entrará probablemente en la transición. En qué momento sucederá esto depende del logro de cierto adelanto socioeconómico, pero el nivel de desarrollo para entrar en la transición ha estado bajando.
- El descenso de la fecundidad será relativamente rápido en los países que están en las fases iniciales de la transición. El ritmo de este descenso inicial será más

lento en el futuro, porque se espera que las transiciones empiecen a niveles más bajos de desarrollo que en el pasado. Los programas eficaces de planificación de la familia ayudan a las parejas a evitar embarazos no deseados, y por tanto aceleran el paso de una población a través de la transición.

- A medida que los países se acerquen a las últimas etapas de la transición, el ritmo de descenso se hará más lento. El motivo principal que nos lleva a esperar esta desaceleración es que los procesos de difusión e interacción social aceleran el descenso a comienzos de la transición. Una vez que ese proceso ha terminado, la fecundidad a finales de la transición está más íntimamente ligada a niveles de desarrollo socioeconómico. Entonces, el rápido descenso de fecundidad suele exigir un desarrollo rápido. El aumento de la esperanza de vida y de la alfabetización parecen ser especialmente propicios al descenso de la fecundidad.

La gran variedad de niveles y ritmos de cambio que ha caracterizado a la fecundidad en el pasado se observará sin duda en el futuro. En consecuencia, la TGF de los países en 2025 variará probablemente de menos de 2 a bastante más de 3. No sería sorprendente si la fecundidad en un número no insignificante de países en desarrollo fuera a estancarse por encima del nivel de reemplazo durante varios decenios. Ejemplos anteriores de esta norma se encuentran en la Argentina y el Uruguay. Estos dos países empezaron su transición en la primera mitad del siglo XX y en el decenio de 1950 su TGF había descendido a cerca de 3. Desde entonces, la fecundidad ha cambiado muy poco y todavía estaba por encima de 2,5 en el quinquenio de 1995-2000. El aparente estancamiento de la fecundidad en los años 90 en una serie de países en los que se han realizado encuestas demográficas y de salud respaldan esta conclusión.

El curso futuro de la fecundidad depende en sumo grado del adelanto del desarrollo humano. La experiencia reciente de los países con altos niveles de desarrollo indica que, por término medio, se necesita una esperanza de vida de cerca de 75 años, junto con una tasa de alfabetización de alrededor del 95%, para acercarse al reemplazo. Un firme compromiso al desarrollo humano puede conducir a grandes adelantos en alfabetización y esperanza de vida en un período de tiempo relativamente corto. No obstante, para muchos países supondrá una ardua tarea alcanzar estos altos niveles de desarrollo humano en los próximos 25 años. Por ejemplo, según la variante media de las proyecciones de población de las Naciones Unidas, la esperanza media de vida (no ponderada) sólo será de 69 años en 2020-2025. Las Naciones Unidas no proyectan niveles de alfabetización, pero el promedio de este indicador probablemente no llegará al 95%. Esto permite suponer que la fecundidad se mantendrá considerablemente por encima del reemplazo al menos hasta 2025.

Esta conclusión coincide con las proyecciones de la variante media de las Naciones Unidas, según las cuales, el promedio de la TGF de todos los países en desarrollo (no ponderado) descenderá a un ritmo moderado a 2,8 en 2020-2025. Aunque el análisis precedente ha señalado factores que harán que esas proyecciones sean demasiado altas para algunos países y demasiado bajas para otros, la tendencia media para los próximos 25 años parece correcta. La proporción de países en desarrollo con fecundidad por debajo de 2 —actualmente 1 de cada 10— aumentará indudablemente con el tiempo, pero es casi seguro que seguirá siendo considerablemente menos de un medio para 2020-2025.

BIBLIOGRAFÍA

- Bankole, Akinrinola, y Charles F. Westhoff. 1995. "Childbearing attitudes and intentions", *Demographic and Health Surveys, Comparative Studies, No. 17*, Calverton, MD; Macro International.
- Banco Mundial. 2000. *World Development Indicators, 2000*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Becker, Gary S. 1991. *A Treatise on the Family*, Edición aumentada. Cambridge: Harvard University Press.

- Bongaarts, John. 1999. "The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world", *Population Studies*, 53: 277-289.
- Bongaarts, John. 1997. The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions, en *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert M. Douglas, John C. Caldwell y Rennie M. D'Souza, comps. Oxford: Clarendon Press, págs. 422-443.
- Bongaarts, John, y Griffith Feeney. 1998. "On the quantum and tempo of fertility", *Population and Development Review* 24(2): 271-291.
- Bongaarts, John, y Elof Johansson. 2002. "Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world", *Studies in Family Planning*, 33(1): 24-36.
- Bongaarts, John, y Susan Cotts Watkins, 1996. "Social interactions and contemporary fertility transitions", *Population and Development Review* 22(4): 639-682.
- Bongaarts, John, y Robert G. Potter, 1983. *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*. Nueva York: Academic Press.
- Bulatao, Rodolfo A., y John B. Casterline, comps. 2001. *Global Fertility Transition*. *Population and Development Review*, Suplemento al vol. 27, Nueva York, Population Council.
- Bulatao, Rodolfo A., y Ronald D. Lee, comps. 1983. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. 2 tomos. Nueva York: Academic Press.
- Caldwell, John C. 2001. "The globalization of fertility behavior" en *Global Fertility Transitions*, Rodolfo A. Bulatao y John B. Casterline, comps. *Population and Development Review*, Suplemento al vol. 27, Nueva York: Population Council, págs. 93-115.
- Caldwell, John C. 1982, *Theory of Fertility Decline*, Nueva York: Academic Press.
- Casterline, John B. 2001a. "The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century", en *Global Fertility Transition*, Rodolfo A. Bulatao y John B. Casterline, comps. *Population and Development Review*, Suplemento al vol. 27, Nueva York: Population Council, págs. 17-52.
- Casterline, John B. 2001b. "Diffusion processes and fertility transition: Introduction", en National Research Council (2001), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp. Washington, DC: National Academy Press, págs. 1-38.
- Cleland, John. 2001. "Potatoes and pills: An overview of innovation-diffusion contributions to explanations of fertility decline" en National Research Council (2001), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp. Washington, DC: National Academy Press, págs. 39-65.
- Cleland, John, y Christopher Wilson. 1987. "Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view", *Population Studies* 41(1): 5-30.
- Curtis, Sián L., y Katherine Neitzel. 1996. "Contraceptive knowledge, use and sources", *Demographic and Health Surveys, Comparative Studies No. 19*, Calverton, MD: Macro International.
- Demeny, Paul. 1997. "Replacement-level fertility: The implausible endpoint of the demographic transition", en *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert M. Douglas, John C. Caldwell, y Rennie M. D'Souza, comps. Oxford: Clarendon Press, págs. 94-110.
- Easterling, Richard A. 1975. "An economic framework for fertility analysis", *Studies in Family Planning* 6(3): 54-63.
- Henry, Louis. 1961. "Some data on natural fertility", *Eugenics Quarterly* 8: 81-91.
- Heston, Alan, Robert Summers, Daniel A. Nuxoll y Bettina Aten. 1995. "The Penn World Tables (PWT version 5.6)" <http://datacentre.chass.utoronto.ca/pwt/>. Actualizado de Robert Summers y Alan Heston, "The Penn World Table (Mark 5): An expanded set of international comparisons, 1950-1988", *Quarterly Journal of Economics*, mayo 1991, págs. 327-368.
- Knodel, John, y Etienne van de Walle. 1979. "Lessons from the past: Policy implications of historical fertility studies", *Population and Development Review* 5(2): 217-245.
- Kohler, Hans-Peter. 2001. *Fertility and Social Interaction: An Economic Perspective*, Nueva York: Oxford University Press.
- Lutz, W. comp. 1996. *The Future Population of the World: What Can We Assume Today?* Edición corregida. Londres: Earthscan Publications.
- Montgomery, Mark R., y John B. Casterline. 1996. "Social learning, social influence, and new models of fertility", en *Fertility in the United States: New Patterns, New Theories*, John B.

- Casterline, Ronald D. Lee y Karen A Foote, comps. Suplemento al vol. 22. Nueva York: Population Council, págs. 151-175.
- Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: División de Población de las Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. 1999. *Levels and Trends in Contraception Use as Assessed in 1998*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Naciones Unidas. 1998. *World Population Prospects: The 1996 Revision*. Nueva York: División de Población de las Naciones Unidas.
- National Research Council. 2000. *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*, John Bongaarts y Rodolfo A. Bulatao, comps. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences. Washington, DC: National Academy Press.
- National Research Council. 2001. *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, John B. Casterline, comp. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.
- Notestein, Frank W. 1953. Economic problems of population change. En *Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists*. Londres: Oxford University Press, págs. 13-31.
- Oficina del Censo de los Estados Unidos. 1999. *World Population Profile: 1998*. Washington, DC: Departamento de Comercio.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Nueva York: Knopf.
- Tsui, Amy Ong. 2001. "Population policies, family planning programs, and fertility: The record", en *Global Fertility Transition*, Rodolfo A. Bulatao y John B. Casterline, comps. *Population and Development Review*, Suplemento al vol. 27. Nueva York: Population Council, págs. 184-204.
- Watkins, Susan Cotts, 1986. "Conclusions", en *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley J. Coale y Susan Cotts Watkins, comps. Princeton University Press, págs. 420-449.
- Watkins, Susan Cotts. 1987. "The fertility transition: Europe and the Third World compared", *Sociological Forum* 2(4): 645-673.

RECONOCIMIENTOS

El autor desea expresar su profundo agradecimiento a John Casterline, Mark Montgomery, Joseph Potter y Susan Watkins por sus observaciones sobre un borrador anterior del presente artículo. La publicación del presente artículo ha sido posible gracias al apoyo de la Hewlett Foundation, la Mellon Foundation y la Oficina de Población, del Bureau for Global Health, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con arreglo a las condiciones de la adjudicación No. HRN-A-00-99-00010. Las opiniones expresadas en el presente artículo son las del autor y no reflejan, necesariamente, las de estos donantes.

Los determinantes próximos durante la transición de la fecundidad

*Jean Pierre Guengant**

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 a 45 años, se han registrado descensos muy acusados de fecundidad en la mayor parte de los países en desarrollo, y esta tendencia continúa en casi todas partes. En consecuencia, la fecundidad ha alcanzado niveles muy bajos en muchos países. Además, más del 40% de la población mundial vive actualmente en países donde la fecundidad global es de menos de 2,1 hijos por mujer, lo que, en condiciones de baja mortalidad, asegura el reemplazo de la población a largo plazo. El creciente número de países con fecundidad por debajo de la de reemplazo planteó la cuestión de cuáles son las perspectivas de la fecundidad futura de los países en donde hoy es “intermedia”, es decir, aquellos en los que la fecundidad todavía es superior a la de reemplazo, pero no llega a 5 hijos por mujer. ¿Alcanzará inevitablemente su fecundidad, que continúa disminuyendo, niveles por debajo del de reemplazo, que conducirán al mundo entero a una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo? ¿O seguirá su fecundidad trayectorias suficientemente diversas, determinadas por factores que todavía no se han identificado?

Dado que la transición de alta a baja fecundidad es ahora prácticamente universal, es obvio que su comienzo no depende del nivel de desarrollo y que su trayectoria no está determinada, necesariamente, por factores socioeconómicos como educación, empleo de la mujer o urbanización. Ahora bien, no hay duda de que los llamados determinantes “próximos” de la fecundidad seguirán siendo importantes, ya que representan los mecanismos a través de los cuales se efectúa la reducción de la fecundidad. En consecuencia, para evaluar la probabilidad de que los países actualmente con fecundidad intermedia alcancen niveles inferiores al de reemplazo a medio plazo en el futuro, es conveniente, si no esencial, considerar lo que supone alcanzar esta meta en lo que se refiere a cambios en los determinantes próximos de la fecundidad.

El objetivo principal del presente documento es el estudio de las repercusiones de la futura fecundidad deficitaria en la evolución de los determinantes próximos de la fecundidad en las regiones geográficas usadas por la División de Población de las Naciones Unidas. Al considerar predominantemente los futuros niveles y tendencias de uso de anticonceptivos, aborto y modalidades de matrimonio compatibles con las expectativas de que la fecundidad descenderá a niveles bajos para 2050, el presente documento llega a la conclusión de que no es probable que todas las regiones y los países actualmente con fecundidad intermedia alcancen la fecundidad por debajo del de reemplazo para mediados del siglo. Para examinar las tendencias de los determinantes próximos de la fecundidad se utiliza el modelo FAMPLAN. En el presente documento se estudian también distintas opciones para la formulación de hipótesis de futuras tendencias de fecundidad para la elaboración de proyecciones de población.

* Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

EL RECIENTE DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y SUS DETERMINANTES PRÓXIMOS

En contra de lo que se suele creer, el descenso mundial de la fecundidad de los últimos 40 años fue un fenómeno previsto por los demógrafos y pronosticadores de la población, como demuestran las proyecciones de población de las Naciones Unidas formuladas en los decenios de 1950 y 1960. Lo que no se previó, realmente, fue su magnitud, el hecho de que en las regiones desarrolladas también se registraran descensos sostenidos de fecundidad después de los auges de natalidad de los decenios de 1950 y 1960, y que varios países menos desarrollados alcanzaran y mantuvieran niveles de fecundidad por debajo del de reemplazo para 2000.

Hasta comienzos del decenio de 1960, el mundo estaba dividido en dos grupos demográficos claramente diferenciados: *a*) los países y las regiones menos desarrollados, con tasas globales de fecundidad de más de 5 hijos por mujer y *b*) las regiones más desarrolladas, con tasas globales de fecundidad media por debajo de 3,5 hijos por mujer (véase el cuadro 1). Cuarenta años después (en 1995-2000), el cuadro es mucho más diverso.

Cuadro 1

Tasas estimadas de fecundidad global de 1950-1955 a 1995-2000, y descensos por varios períodos, por subregión^a

Subregión	Tasa global de fecundidad						Variaciones de la tasa global de fecundidad		
	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	1995-2000	1950-1955 1995-2000	1960-1965 1995-2000	1980-1985 1995-2000
Todo el mundo	5,0	5,0	4,5	3,6	3,0	2,8	-2,2	-2,2	-0,7
Regiones más desarrolladas	2,8	2,7	2,1	1,8	1,7	1,6	-1,3	-1,1	-0,3
Regiones menos desarrolladas	6,2	6,0	5,4	4,1	3,4	3,1	-3,1	-2,9	-1,0
África oriental	6,9	7,0	7,0	6,9	6,3	6,1	-0,8	-0,9	-0,8
África central	5,9	6,0	6,3	6,6	6,5	6,4	0,5	0,4	-0,2
África del Norte	6,8	7,1	6,3	5,5	4,1	3,6	-3,2	-3,5	-2,0
África meridional	6,4	6,5	5,5	4,7	3,5	3,3	-3,2	-3,2	-1,4
África occidental	6,8	7,0	7,0	7,0	6,4	5,9	-0,9	-1,0	-1,0
Asia oriental	5,7	5,2	4,5	2,5	1,9	1,8	-3,9	-3,4	-0,7
Asia centromeridional	6,1	6,0	5,6	4,8	4,0	3,6	-2,5	-2,4	-1,2
Asia sudoriental	6,0	6,1	5,5	4,2	3,2	2,8	-3,1	-3,3	-1,4
Asia occidental	6,4	6,2	5,6	5,0	4,2	3,9	-2,5	-2,4	-1,1
El Caribe	5,2	5,5	4,4	3,4	2,7	2,5	-2,7	-3,0	-0,9
América Central	6,9	6,8	6,4	4,5	3,4	3,0	-3,8	-3,8	-1,5
América del Sur	5,7	5,8	4,7	3,7	2,8	2,6	-3,1	-3,2	-1,1
Melanesia	6,3	6,2	5,8	5,1	4,8	4,4	-1,9	-1,8	-0,7
Micronesia	6,2	6,4	4,8	3,8	4,1	4,3	-1,9	-2,1	0,4
Polinesia	6,8	7,0	5,5	4,3	3,7	3,2	-3,5	-3,7	-1,1
Europa oriental	2,9	2,4	2,2	2,1	1,6	1,3	-1,6	-1,1	-0,8
Europa septentrional	2,3	2,7	2,1	1,8	1,8	1,7	-0,7	-1,1	-0,1
Europa meridional	2,7	2,7	2,5	1,8	1,4	1,3	-1,3	-1,4	-0,5
Europa occidental	2,4	2,7	1,9	1,6	1,6	1,5	-0,9	-1,2	-0,1
América del Norte	3,5	3,3	2,0	1,8	2,0	2,0	-1,5	-1,3	0,2
Australia/Nueva Zelandia	3,3	3,4	2,6	1,9	1,9	1,8	-1,5	-1,6	-0,1

Fuente: Naciones Unidas, 2001a: *World Population Prospects: The 2000 Revision*.

^a Decenios durante los cuales se observaron las tasas máximas de fecundidad global.

Primero, de las cinco regiones de África, tres todavía tienen una fecundidad global de cerca de 6 hijos por mujer o más. En cambio, en Asia, Asia oriental ya había alcanzado la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Además, las tres regiones de América Latina y Asia sudoriental tenían tasas globales de fecundidad de 2,5 a 3 hijos por mujer; y Asia occidental y centromeridional, África del Norte y África meridional y Polinesia tenían una fecundidad global de 3 a 4 hijos por mujer.

En el decenio de 1960, Asia oriental, el Caribe, América del Sur y, hasta cierto punto, Asia sudoriental, ya tenían niveles de fecundidad más bajos (6 hijos por mujer y menos) que las otras regiones menos desarrolladas. Eso da cuenta, ciertamente, de su baja fecundidad actual (menos de 3 hijos por mujer). Pero su actual fecundidad más baja también se debe a los importantes descensos (de cerca de 3 hijos por mujer o más) registrados en estas regiones entre los quinquenios de 1960-1965 y 1995-2000. En las otras regiones donde se produjeron descensos de fecundidad de magnitud similar, a saber, África del Norte, África meridional y Centroamérica, pero donde la fecundidad era más alta en los años 60, la fecundidad global en el quinquenio de 1995-2000 era más alta, entre 3,3 y 4 hijos por mujer. La situación era distinta en Asia occidental y Asia centromeridional. De hecho, su tasas medias más altas de fecundidad en 1995-2000: 3,9 hijos por mujer en Asia occidental y 3,6 en Asia centromeridional, son el resultado de una fecundidad moderadamente alta en el decenio de 1960: 6,2 y 6,1 hijos por mujer en 1960-1965, respectivamente, y descensos de fecundidad más módicos: menos 2,4 hijos por mujer en ambas regiones.

Para ir más allá de este análisis subregional, es preciso tomar en consideración la diversidad de los países en cada subregión y el distinto grado de desarrollo socioeconómico de los países. Los datos del *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas, 2001a), nos permite clasificar, con arreglo a varios criterios, a los 187 países (143 menos desarrollados y 44 desarrollados) para los que se dispone de estimaciones de población por edad. Durante el quinquenio de 1950-1955, sólo cinco países, todos ellos desarrollados, tenían tasas globales de fecundidad de reemplazo o por debajo del de reemplazo, 128 países tenían tasas altas (5 hijos o más) y todos, excepto dos (Albania y ex República Yugoslava de Macedonia), eran menos desarrollados, y sólo 54 países tenían una fecundidad intermedia. De estos últimos, 17 eran países o regiones menos desarrollados: cinco en el Caribe (Bahamas, Cuba, Jamaica, Barbados, Puerto Rico), dos en Asia oriental (República Popular Democrática de Corea, China, Región Administrativa Especial de Hong Kong), uno en África Central (Gabón), tres en América del Sur (Uruguay, Argentina, Chile), dos en Asia centromeridional (Kazajstán, Kirguistán), y cuatro en Asia occidental (Georgia, Chipre, Israel, Armenia). Durante el quinquenio de 1960-1965, cuando muchos países en desarrollo registraron su fecundidad más alta desde 1950, el número de países con fecundidad de reemplazo o más baja, más de 5 hijos por mujer, e intermedia, era exactamente el mismo, aunque los integrantes de cada grupo habían cambiado, ya que algunos de ellos pasaron de un grupo a otro. Tres países menos desarrollados se incorporaron al grupo de fecundidad intermedia, dos en el Caribe (Antillas Neerlandesas y Trinidad y Tabago) y uno en Asia sudoriental (Singapur).

Para 1995-2000, la situación había cambiado radicalmente. El grupo de países con fecundidad intermedia comprendía 73 países en desarrollo más Albania. Es decir, la mitad de los menos desarrollados había pasado del grupo de fecundidad alta al de fecundidad intermedia. Sólo una tercera parte de todos los países menos desarrollados (49) seguía teniendo fecundidad alta¹. Además, uno de cada seis países menos desarrollados (21) ya estaba en el grupo con fecundidad de reemplazo o por debajo del de reemplazo, el mismo que incluye a todos los países desarrollados, con la única excepción de Albania. Estos acontecimientos confirman la opinión de que las reducciones de fecundidad registradas desde 1950 eran mundiales e irreversibles, tendentes a conducir a la fecundidad por debajo del de reemplazo que, con el tiempo, podrían dar por resultado lo que Chesnais (2001) calificó de “implosión de la población mundial”. Es interesante que los países menos desarrollados con fecundidad de reemplazo o más baja están sobre todo en

¹ De los 49 países de este grupo de “fecundidad alta”, 37 eran del África subsahariana, cuatro de Asia centromeridional y cinco de Asia occidental. Cabe señalar que a cerca de 20 países de este grupo se los puede considerar como países predominantemente musulmanes. Ahora bien, aproximadamente otros 30 países predominantemente musulmanes pertenecen a los otros grupos, en particular al grupo de fecundidad “intermedia”.

el Caribe y Asia oriental, aunque también incluyen a otros países de Asia, como Armenia, Chipre, Georgia, Kazajstán, Singapur, Sri Lanka y Tailandia y uno en África (Mauricio). Sin embargo, sólo 12 de los 20 menos desarrollados que estaban en el grupo de fecundidad intermedia de 1960 a 1965 habían alcanzado una fecundidad de reemplazo o más baja para el quinquenio de 1995 a 2000. Los ocho países restantes que habían alcanzado la fecundidad intermedia de 1960 a 1965 y no habían llegado a la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo para el período de 1995 a 2000 eran la Argentina, las Bahamas, Chile, Israel, Jamaica, Kirguistán y el Uruguay, todos los cuales habían empezado la transición a una fecundidad baja antes que la mayor parte de los países en desarrollo. El Gabón, el octavo país, es un caso especial, ya que su fecundidad relativamente moderada en el decenio de 1960 era el resultado de una alta proporción de subfecundidad y esterilidad causadas por enfermedades de transmisión sexual que, una vez controladas, dieron paso a aumentos de la fecundidad. Las pruebas disponibles indican, por tanto, que el rápido descenso de fecundidad que conduce a la fecundidad de reemplazo o más baja ocurrió principalmente en los países de Asia oriental y el Caribe. Estos últimos y Mauricio son principalmente países con “sociedades de tipo criollo” resultantes de la inmigración de África y Asia y en las que en fechas recientes se ha producido una fuerte corriente de emigración a América del Norte y Europa. Además, en contra de lo que se podría esperar, países como la Argentina, Chile y el Uruguay, pese a tener una transición temprana a la fecundidad baja y a ser países de población europea, no han visto caer su fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Volvamos ahora a la magnitud del descenso de la fecundidad que se produjo entre 1960-1965 y 1995-2000, en los países menos desarrollados con fecundidad “intermedia”, durante el período de 1995-2000 (véase el Anexo, cuadro 1 A). Sorprendentemente, el descenso de fecundidad más pronunciado: -4 hijos y más, se observó en países tan distintos como Túnez -4,9, Viet Nam -4,7, Bahrein -4,5, la República Dominicana -4,4, Argelia -4,1, México -4,1, Colombia y Uzbekistán -4,0, todos los cuales habían tenido a comienzos del decenio de 1960 tasas globales de fecundidad de alrededor o por encima de 7 hijos por mujer. Debe señalarse que entre los países que registraron descensos igualmente grandes, cinco, China, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, la Región Administrativa Especial de Macao, la República de Corea y Tailandia estaban muy cerca o por debajo del nivel de reemplazo de 1995 a 2000. En el otro extremo, los descensos de fecundidad más moderados del grupo con fecundidad intermedia se registraron primero en América del Sur: Argentina -0,5, Uruguay -0,5, y seguidamente, una vez más, en países muy dispares, como Israel -0,9, Lesotho -1,1, Nepal -1,2, Papua Nueva Guinea -1,7, Sudán -1,8, Haití -1,9, Guatemala -1,9. Como ya se ha indicado, se han observado grandes descensos en muchos países que tenían fecundidad alta en el decenio de 1960 (7 hijos y más, como en Túnez, Viet Nam, Bahrein, República Dominicana, Kuwait y Argelia). Ahora bien, descensos igualmente importantes también se han observado en países como el Brasil, que tenía una tasa de fecundidad más baja en el decenio de 1960. Algunos de esos países tenían importantes programas de población y planificación de la familia, pero otros no. De hecho, la fecundidad alta, en el decenio de 1960, no condujo sistemáticamente a grandes descensos de fecundidad. En el plano subregional (véase el Anexo, cuadro 1 A), los descensos de fecundidad parecen más homogéneos en determinadas subregiones que en otras. Por ejemplo, en casi todos los países se produjeron descensos de fecundidad de más de 3 hijos por mujer en África del Norte (excepto en Sudán), Asia occidental (excepto en Israel) y Centroamérica (excepto en Guatemala). En cambio, en África meridional, Asia centromeridional, Asia sudoriental, y América del Sur, los descensos de fecundidad varían mucho de un país a otro (por ejemplo, entre la República Islámica del Irán -3,8 e India -2,5, entre Viet Nam -4,7 e Indonesia -2,8, entre Colombia -4,0 y Argentina -0,5). El criterio subregional sigue siendo útil para interpretar niveles y tendencias de fecundidad, pero, evidentemente, no es una panacea, dados la heterogeneidad de cada subregión y la historia y el desarrollo socioeconómico peculiares de cada país.

En lo que se refiere a las variables intermedias, nuestro análisis se ha limitado al último período y ha utilizado, por una parte, el índice de desarrollo humano y sus componentes para 1997 (PNUD, 1999), y por otra, las tasas globales de fecundidad de 1995-2000, estimadas por la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2001a). Como era de esperar, parece existir una estrecha correlación entre el índice de desarrollo humano de 1997 y las tasas de fecundidad de 1995-2000. Con respecto a los 167 países para los que se dispone de datos, la regresión lineal arroja una R^2 de 0,75 (véase el cuadro 2). Resultados similares se obtienen cuando se hacen regresiones simples entre las tasas de fecundidad de 1995-2000, la esperanza de vida al nacer y las tasas de alfabetización de adultos, dos de los tres componentes del índice de desarrollo humano. La correlación entre las tasas globales de fecundidad de 1995-2000 y la esperanza de vida al nacer arroja una R^2 de 0,71 y una R^2 de 0,68 con la tasa de alfabetización de adultos. Ahora bien, la correlación entre las tasas globales de fecundidad y el tercer componente del índice de desarrollo humano, es decir, el PIB real per cápita, es mucho más bajo, una R^2 de “sólo” 0,31. En cuanto al índice de desarrollo en función del género, que mide la disparidad en el logro del desarrollo humano entre mujeres y hombres (calculado para 143 países), la correlación entre las tasas globales de fecundidad de 1995-2000 y este índice también parece ser alta: 0,77, lo que refleja el hecho de que, a determinados niveles de desarrollo humano, cuanto más pronunciada es la disparidad entre hombres y mujeres, tanto más alta será la tasa global de fecundidad.

Ahora bien, todas estas asociaciones parecen mucho más tenues al considerar separadamente cada uno de los tres grupos de fecundidad: fecundidad alta (45 países), fecundidad intermedia (67 países) y fecundidad de reemplazo o por debajo del de reemplazo (55 países). De hecho, la regresión lineal entre las tasas globales de fecundidad y el índice de desarrollo humano arroja una R^2 de 0,22 para el grupo de fecundidad alta, de 0,40 para el grupo de fecundidad intermedia y de cerca de cero para el grupo de reemplazo o por debajo del de reemplazo. Resultados similares se obtienen al hacer regresiones entre las tasas globales de fecundidad y los tres componentes del índice de desarrollo humano y el índice de desarrollo en función del género. Para el grupo de los países con fecundidad alta y el grupo de los que tienen fecundidad de reemplazo o por debajo del de reemplazo, la R^2 obtenida es bastante baja. Las obtenidas para el grupo de fecundidad intermedia son algo más altas, pero indican, en el mejor de los casos, una relación tenue entre fecundidad y cada variable considerada.

A nuestro juicio, esos resultados indican que las relaciones sólidamente establecidas y aceptadas entre desarrollo socioeconómico y fecundidad todavía son válidas para explicar las diferencias de fecundidad de un país y la transición de la fecundidad en general.

Cuadro 2

Resultados de la regresión simple para la tasa global de fecundidad, 1995-2000, y el índice de desarrollo humano, la esperanza de vida al nacer, la tasa de alfabetización de adultos, el PIB real per cápita y el índice de desarrollo en función del género, 1997, por grupo de fecundidad

Tasa global de fecundidad 1995-2000	Valores R^2				
	Índice de desarrollo humano	Esperanza de vida al nacer	Tasa de alfabetización de adultos	PIB real per cápita	Índice de desarrollo en función del género
Todos los países	0,75 (N = 167)	0,71 (N = 167)	0,68 (N = 167)	0,31 (N = 167)	0,77 (N = 143)
Países con tasa global de fecundidad de 5 hijos por mujer o más	0,22 (N = 45)	0,08 (N = 45)	0,15 (N = 45)	0,06 (N = 45)	0,21 (N = 33)
Países con tasa global de fecundidad de más de 2,1, pero menos de 5 hijos por mujer	0,40 (N = 67)	0,35 (N = 67)	0,23 (N = 67)	0,12 (N = 67)	0,46 (N = 58)
Países con tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer o menos	0,00 (N = 55)	0,01 (N = 55)	0,09 (N = 55)	0,01 (N = 55)	0,00 (N = 52)

Fuentes: 1) Naciones Unidas, 2001a: *World Population Prospects: The 2000 Revision*; 2) PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1999). Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano.

No obstante, este marco no es realmente apropiado para explicar lo que está sucediendo después del inicio de la transición de la fecundidad y antes del período posterior a la transición, y parece inapropiado para explicar las diferencias de fecundidad del período posterior a la transición. Estos puntos se ilustran en los gráficos 1 y 2, en los que se presentan las relaciones entre tasas globales de fecundidad, por una parte, y la esperanza de vida al nacer y la tasa de alfabetización de adultos para cada uno de los tres grupos de fecundidad: alta, intermedia y de o por debajo del de reemplazo, por otra.

La esperanza de vida al nacer (gráfico 1), en el grupo de fecundidad alta, varía de menos de 40 años (tres países: Sierra Leona, Malawi y Uganda) a más de 70 años (tres países: Omán, Arabia Saudita e Islas Salomón). En el grupo de fecundidad intermedia, sólo un país, Botswana, tenía en 1997 una esperanza de vida al nacer estimada en menos de 50 años, y 40 países (casi dos de cada tres en este grupo) tenían una esperanza de vida al nacer entre 50 y menos de 70 años. Por último, en el grupo de fecundidad de reemplazo o más baja, sólo 12 países tenían una esperanza de vida al nacer estimada de 65 a 70 años y los 43 países restantes (cuatro de cada cinco en este grupo) tenían una esperanza de vida al nacer de más de 70 años. Estos datos indican que, si es difícil imaginar un descenso de fecundidad en los países con esperanza de vida al nacer de menos de 50 años, una mayor esperanza de vida al nacer no es una condición suficiente para provocar el descenso de la fecundidad. Asimismo, la esperanza de vida al nacer de más de 65 ó 70 años puede estar relacionada con una fecundidad de más de 3 hijos por mujer.

La tasa de alfabetización de adultos (gráfico 2) en el grupo de fecundidad alta varía de menos del 50% en 22 países (uno de cada dos de este grupo) a más del 90% en dos países (Zimbabwe y Maldivas). En el grupo de fecundidad intermedia, esta tasa era me-

Gráfico 1
Relación entre la tasa global de fecundidad y la esperanza de vida al nacer, por grupo de fecundidad

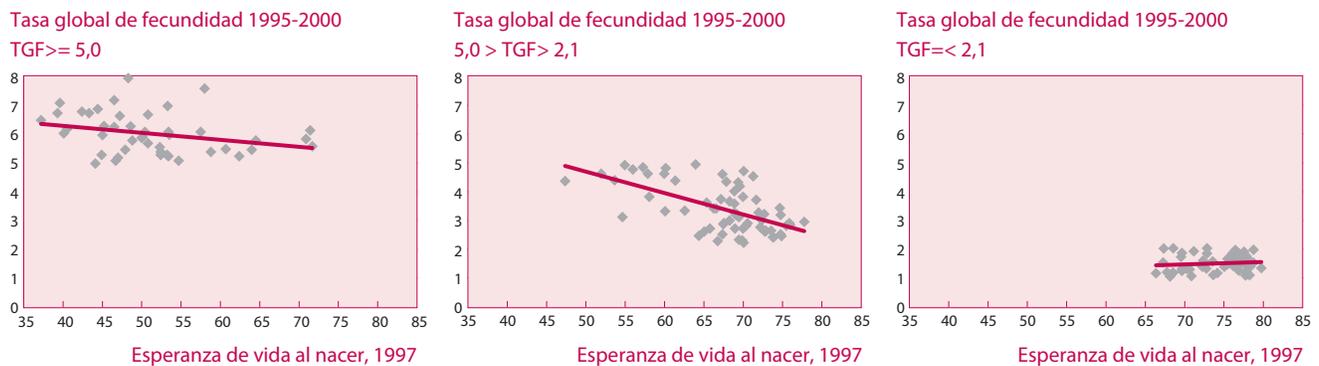
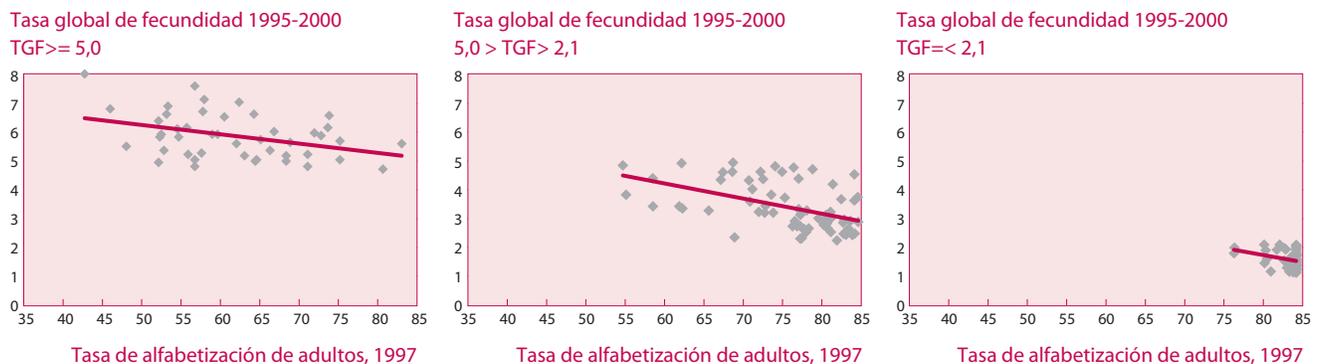


Gráfico 2
Relación entre la tasa global de fecundidad y la alfabetización de adultos, por grupo de fecundidad



nos del 50% en cuatro países (Nepal, Bangladesh, Haití y Marruecos), más del 80% en 42 países (dos de cada tres de ese grupo) y más del 90% en 24 países. Por último, de los países del grupo con fecundidad de reemplazo o más baja, sólo dos tenían tasas de alfabetización de adultos por debajo del 90% (China y Mauricio). Estas cifras indican que, si es difícil imaginar un descenso de fecundidad en los países con una tasa de alfabetización de adultos por debajo del 50%, una tasa de alfabetización de adultos más alta no es una condición suficiente para provocar el descenso de la fecundidad. Asimismo, una tasa de alfabetización de adultos por encima del 80% ó el 90% puede estar relacionada con una fecundidad de más de 3 hijos por mujer.

En conjunto, las relaciones entre fecundidad y determinantes inmediatos parece debilitarse a medida que los países y las regiones se acercan al final de su transición de la fecundidad (es decir, con tasas globales de fecundidad de menos de 3 hijos por mujer). De hecho, la relación entre fecundidad e índice de desarrollo humano en los países con tasas globales de fecundidad de menos de 3,5 hijos por mujer en 1995-2000 parece ser bastante tenue ($R^2 = 0,27$), y en los países con tasas globales de fecundidad de menos de 3,0 hijos por mujer en 1995-2000 es aún más tenue ($R^2 = 0,11$).

EL PAPEL DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS EN LA CULMINACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

Los futuros niveles de fecundidad, en particular en los países y subregiones con fecundidad intermedia que se aproximan al fin de su transición de fecundidad, es probable que sean cada vez más el resultado de la relación entre los determinantes próximos de fecundidad, con arreglo a los valores iniciales y la evolución futura de esos determinantes (uso de anticonceptivos, modalidades de matrimonio, duración de la lactancia asociada con la duración del período del postparto en que la mujer no es susceptible de concebir y proporción de abortos).

Desde comienzos del decenio de 1980 la Organización de las Naciones Unidas ha venido haciendo evaluaciones periódicas de los niveles y tendencias del uso de anticonceptivos en el mundo y cálculos del uso de anticonceptivos necesario para alcanzar sus hipótesis de fecundidad. La última evaluación se hizo en 1998 y se refiere a los niveles y tendencias de uso de anticonceptivos alrededor de 1993 (Naciones Unidas, 2000). El uso futuro de anticonceptivos se calculó, con arreglo a las hipótesis de fecundidad de 1998, hasta el año 2025. En este ejercicio, la variable dependiente es la proporción de uso de anticonceptivos y se proyectó que la influencia combinada de nupcialidad, infertilidad del puerperio y aborto, permanece constante durante el período de la proyección. Este trabajo tiene que ser revisado al menos por tres razones. Primera, dada la importancia de los cambios efectuados en las hipótesis de fecundidad del *World Population Prospects: The 2000 Revision*, el uso de anticonceptivos necesario para coincidir con las nuevas hipótesis ha cambiado y debe actualizarse. Segunda, en contra de lo que se suponía en el pasado, los efectos combinados de nupcialidad, infertilidad del puerperio y aborto no se compensan entre sí necesariamente en todas las etapas de la transición de la fecundidad, en particular al fin de la transición. Tercera, dado el número de países cuya fecundidad actual es de reemplazo o más baja, puede haber llegado el momento de considerar la fecundidad como una variable dependiente de los determinantes próximos y formular hipótesis sobre uso futuro de anticonceptivos y sobre los valores futuros de los otros determinantes próximos, no sólo en lo que se refiere a evaluar los productos básicos necesarios para los programas de planificación de la familia, sino también para evaluar posibles niveles futuros de fecundidad.

Hemos tratado de evaluar el efecto de los determinantes próximos en los niveles futuros de fecundidad de las subregiones con fecundidad intermedia mediante el uso del programa informático FAMPLAN, elaborado por The Futures Group International (Stover & Heaton, 1999) sobre la base del “modelo Bongaarts” (Bongaarts, 1978). A partir de una proyección demográfica clásica de componentes por cohortes, FAMPLAN permite

evaluar las relaciones entre tasas globales de fecundidad, por una parte, y los determinantes próximos de fecundidad, así como el promedio de eficacia del uso de anticonceptivos resultante de la mezcla de métodos (es decir, el porcentaje de todos los usuarios según el método que usen), por otra. La eficacia de cada método se mide por la proporción de usuarias que no conciben durante un año de uso.

Las proyecciones y el análisis de los determinantes próximos de fecundidad se ejecutaron para cada una de las ocho subregiones con fecundidad intermedia con arreglo a varias hipótesis. Dada la heterogeneidad de estas subregiones, este ejercicio tiene serias limitaciones. Ahora bien, su objetivo no era producir una escala de hipótesis de fecundidad para cada subregión, sino, sencillamente, dar una idea mejor de los efectos individuales y combinados de los diversos determinantes, a medida que esas regiones se acercan al final de su transición de la fecundidad. Los valores, para el año 2000, de los diversos parámetros usados en las proyecciones se presentan en el cuadro 3. Se deben tener presentes las limitaciones tanto de definición como de calidad de datos de estos parámetros.

En las ocho subregiones con fecundidad intermedia consideradas aquí, el uso de anticonceptivos en el año 2000 es alto, es decir, al menos el 50% de las mujeres que viven en pareja. El promedio de eficacia de los métodos utilizados también es alto, el 90% al menos, excepto en una subregión: Asia occidental. Dicho esto, las subregiones se pueden dividir en dos grupos. El primero incluye las cuatro subregiones con uso de anticonceptivos de cerca del 50% y tasas globales de fecundidad por encima de 3 hijos por mujer. Comprende África del Norte, África meridional, Asia centromeridional y Asia occidental. El segundo comprende las cuatro subregiones donde el uso de anticonceptivos es, como mínimo, de cerca del 60% y las tasas globales de fecundidad fluctúan entre 2,5 y menos de 3 hijos por mujer: Asia sudoriental, el Caribe, Centroamérica y

Cuadro 3
Parámetros utilizados para ejecutar el modelo FAMPLAN

Subregión	África del Norte	África meridional	Asia centromeridional	Asia sudoriental	Asia occidental	El Caribe	América Central	América del Sur
Tasa global de fecundidad, 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Tasa de uso de anticonceptivos, 2000								
Cualquier método	51	53	51	60	50	59	67	72
Método moderno	47	51	44	52	30	54	58	62
Mezcla de métodos, 2000, eficacia								
Esterilización (femenina) (1,00)	5	16	53	13	6	39	40	43
Esterilización (masculina) (1,00)	0	3	7	2	0	1	2	3
Píldora anticonceptiva (0,92)	44	27	9	26	13	19	14	24
Inyección (1,00)	3	38	2	21	1	3	5	3
DIU (0,96)	37	11	8	21	29	22	20	6
Preservativo (0,81)	2	2	7	3	9	7	6	6
Método de barrera vaginal (0,81)	0	0	0	0	2	1	0	1
Método tradicional y popular (0,50)	9	3	14	14	40	8	13	14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Promedio de eficacia	0,90	0,96	0,90	0,90	0,76	0,92	0,90	0,90
Otros determinantes próximos								
Porcentaje de mujeres que viven en pareja	60	45	75	63	65	60	62	60
Estimación del período de infertilidad del puerperio (en meses)	8	12	12	9	9	6	9	7
Tasa total de aborto	0	0	0	0	0	0	0	0
Esterilidad (porcentaje)	3	3	3	3	3	3	3	3

Fuentes: 1) Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, 2001; 2) Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 1998*, ESA/P/WP.155, Nueva York, Naciones Unidas, 1999; y 3) Stover, John y Laura Heaton (1999). FAMPLAN: Versión 4. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements; Spectrum Systems of Policy Models, Washington, DC: The Futures Group International, The POLICY Project.

América del Sur. Muchos países que pertenecen a las subregiones de este segundo grupo han tenido importantes programas de población y de planificación de la familia en los últimos decenios.

El porcentaje de mujeres que viven en pareja en cada subregión para el año 2000 se tomó de las estimaciones de las Naciones Unidas (Naciones Unidas 1999). Estos datos se suelen referir a mujeres que viven en pareja, es decir, mujeres casadas, y mujeres en uniones consensuales o libres, ya que, prácticamente, todas las encuestas ofrecen datos sobre uso de anticonceptivos entre mujeres que viven en pareja. No obstante, en sociedades donde muchas uniones son sin cohabitación (“uniones de visita”, como se llaman en el Caribe), las estimaciones de mujeres en pareja pueden no ser precisas. Por ejemplo, en la mayoría de los países del Caribe, entre una cuarta parte y una mitad de las uniones son “uniones de visita”. A causa de la inestabilidad o irregularidad de la relación entre los dos compañeros, esas uniones son menos fecundas que las uniones con cohabitación, a falta de anticoncepción. Por este motivo se ha indicado que al calcular el valor del índice de nupcialidad en el modelo Bongaarts, las uniones inestables se pueden contar como la mitad de una unión estable (véanse ejemplos en Guengant, 1996). Si los datos disponibles no incluyen todas las uniones inestables, se sobreestima el efecto de la nupcialidad de reducción de la fecundidad (con un índice Cm de Bongaarts más bajo de lo que debiera ser). Si todas las uniones inestables se toman en cuenta, pero se consideran uniones estables, el efecto de la nupcialidad de reducción de la fecundidad se subestima (con un índice Cm de Bongaarts más alto de lo que debiera ser). Más allá de la precisión de los datos, debe estar claro que una elevada proporción de uniones inestables puede tener un importante efecto negativo en la fecundidad, como se ha demostrado con análisis anteriores en países del Caribe (Guengant, 1996). Por ejemplo, el índice Cm obtenido en el decenio de 1980 para la República Dominicana, Trinidad y Tabago, Jamaica y Barbados, era bastante bajo (entre 0,50 y 0,56) y esto explica en gran parte la fecundidad intermedia de esos países (que va de 3,8 en República Dominicana para el período de 1981-1986, a 2,2 en Barbados para 1980-1981). Lo mismo se puede decir de los países de África meridional. Por ejemplo, en Botswana, otro caso extremo, el índice Cm, cuando se ajusta por nacimientos fuera de las uniones (correspondientes a uniones inestables) es tan sólo de 0,46, frente a 0,87 cuando se usan datos solamente de mujeres casadas (Foote y otros, 1993). En general, esto significa que, el uso de porcentajes publicados de mujeres que viven en pareja para el Caribe y África meridional, cuando se ejecuta FAMPLAM puede conducir a resultados difíciles de interpretar. También significa que para las otras subregiones, cualquier evolución de uniones estables a menos estables es probable que tenga un efecto negativo en la fecundidad.

Con respecto a la infertilidad del puerperio, los valores iniciales adoptados se tomaron de un examen reciente de los datos disponibles (Ross y otros, 1999). Según esta fuente, que presenta datos de 51 encuestas, realizadas principalmente en los años 90, la infertilidad del puerperio sigue siendo “alta”: 20 meses y más en los países del África subsahariana con tasas globales de fecundidad todavía superiores a 5 hijos por mujer. Ahora bien, también se encontraron valores altos en algunos países con fecundidad intermedia en el período de 1995-2000: 18 meses en Ghana (4,6 hijos por mujer) y México (“sólo” 2,8 hijos por mujer) y 16 meses en Botswana (4,4 hijos por mujer). Valores bajos: 6 meses, se encontraron en países tan dispares como la República Dominicana (2,9 hijos por mujer), Marruecos (3,4 hijos por mujer), Jordania (4,7 hijos por mujer), Turquía (2,7 hijos por mujer), el Brasil (2,3 hijos por mujer). El valor más bajo: 5 meses, corresponde a Trinidad y Tabago, ya por debajo de la fecundidad de reemplazo. De hecho, en otros países del Caribe como Barbados, también por debajo de la fecundidad de reemplazo, la infertilidad del puerperio es tan sólo de 4 meses, que corresponde a una duración de lactancia media de 6 meses. Por último, en el plano subregional, los valores más altos: 12 meses, se adoptaron con arreglo a datos disponibles para África meridional y Asia centromeridional. Los valores más bajos se adoptaron

para el Caribe: 6 meses, y América del Sur: 7 meses. Estos datos significan que la posibilidad de aumentos futuros de fecundidad, debido a una reducción del período de infertilidad del puerperio, es ya muy limitada en algunas subregiones, mientras que en otras, este factor todavía puede tener un papel que desempeñar.

La misma fuente (Ross y otros, 1999) facilita datos sobre el aborto para 46 países o regiones, sobre todo del decenio de 1990. Según esos datos, las tasas globales de aborto varían de cerca de tres abortos por mujer en Rumania, Viet Nam y la Federación de Rusia, a entre dos y un aborto por mujer, por orden decreciente, en el Perú, Kazajistán, Cuba, Chile, la República Dominicana, Kirguistán, el Brasil, Tayikistán, Colombia, Turkmenistán, la República de Corea, China y la India, y por último, a menos de un aborto por mujer en México, Turquía, Singapur, Uzbekistán, Israel, Túnez, la Región Administrativa Especial de Hong Kong y Bangladesh. Varios de los países o regiones menos desarrollados de esta lista ya habían alcanzado la fecundidad por debajo del de reemplazo (Cuba, China, Singapur, Región Administrativa Especial de Hong Kong) en 1995-2000 o tenían una tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer o menos (Viet Nam, Brasil, Chile y Túnez). Cabe señalar que en las ex repúblicas de la Unión Soviética todavía se recurre con gran frecuencia al aborto como medio de anticoncepción. Todo ello indica, como señalan las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2000) la importancia de la ventaja comparativa del aborto y la anticoncepción para controlar la fecundidad en el curso de la transición de la fecundidad y después de la transición. En este aspecto, se debe señalar que, según la misma fuente, las tasas globales de aborto varían en los países europeos de, aproximadamente, 0,2 a 0,4 en Europa septentrional, meridional y occidental, a entre uno y dos en los países de Europa oriental. De hecho, se puede demostrar fácilmente mediante el modelo de Bongaarts que, con un Cm de cerca de 0,50, se puede obtener una tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer con una tasa de uso de anticonceptivos del 70%, sin aborto, o con una tasa de uso de anticonceptivos del 50% y una tasa global de aborto de 2 por mujer. Esta última hipótesis corresponde a la situación de Barbados a comienzos del decenio de 1980. Según los datos de la encuesta de población actual (CPS) de 1980-1981 de Barbados, la tasa global de fecundidad de 2,16 hijos por mujer correspondía a un Cm de 0,55, un Cc de 0,5 como resultado de la tasa de uso de anticonceptivos de 52 entre las mujeres que viven en pareja (y una eficacia media de los métodos usados de 0,90), un Ca de 0,66, correspondiente a una tasa de abortos de 1,8 abortos por mujer (el aborto es legal en Barbados) y un Ci de 0,86, correspondiente a una duración media de la lactancia de cerca de 6 meses y una duración de la infertilidad del puerperio de 4 meses (Guengant, 1996). Por todas esas razones, así como por las limitaciones de los datos sobre el aborto, hemos decidido fijar la tasa de aborto en cero en todas las subregiones. Eso supone que la tasa de uso de anticonceptivos correspondiente a las hipótesis de fecundidad del *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas) corresponderán más a un índice combinado de índices de anticoncepción y de aborto (Cc y Ca), o a situaciones donde el uso generalizado de métodos de planificación de la familia limita el uso del aborto a niveles bajos (como ocurre actualmente en Europa septentrional, meridional y occidental).

Por último, los datos disponibles sobre esterilidad (Ross y otros, 1999), medidos por el porcentaje de mujeres que siguen sin tener hijos a la edad de 45 a 49 años, parecen en el plano subregional cerca de lo que se suele observar en entornos no patológicos. Por tanto, el porcentaje de mujeres estériles se fijó en el 3% en todas las subregiones.

Con esos datos, y sin olvidar todas las limitaciones que acabamos de describir, tratamos, en primer lugar, de evaluar el uso de anticonceptivos necesario para alcanzar las tasas de fecundidad de 2025 y 2050 propuestas por el *World Population Prospects: The 2000 Revision* (variante media) (Naciones Unidas, 2001), siempre que todos los demás factores permanecieran constantes. En este caso, la variable dependiente es la proporción de uso de anticonceptivos, según la mezcla inicial de métodos y las tasas de eficacia por defecto de cada método, así como los valores de los otros determinantes próximos, que se mantienen constantes a lo largo de toda la duración de la proyección 2000-2050.

Con arreglo a estas hipótesis y para alcanzar la fecundidad de 2,3 hijos por mujer para el año 2050 en Asia occidental y más o menos la fecundidad de reemplazo en las otras siete subregiones, el uso de anticonceptivos debería alcanzar un “bajo” porcentaje del 66% de mujeres en pareja en el Caribe y el 68% en África meridional, y un “alto” 77% de las mujeres en pareja en Asia occidental, Centroamérica y América del Sur (véase el cuadro 4). Las tasas más bajas de uso de anticonceptivos obtenidas para África meridional y el Caribe son el resultado de varios factores: la alta proporción inicial de uniones inestables, la mayor eficacia de la mezcla de métodos y, posiblemente, un mayor recurso al aborto que en las otras subregiones. Los niveles más altos de uso de anticonceptivos necesarios para alcanzar los 2,3 hijos por mujer para 2050 en Asia occidental son, sobre todo, el resultado de la baja eficacia media de la mezcla inicial de métodos y de un porcentaje relativamente alto de mujeres que viven en pareja. En Centroamérica y América del Sur, la elevada proporción de uso de anticonceptivos necesaria en 2050 para alcanzar la fecundidad de reemplazo es ciertamente el resultado de la combinación inicial de elevada proporción de uso de anticonceptivos y tasas relativamente bajas de fecundidad (menos de 3 hijos por mujer). Esta hipótesis es un probable reflejo de una modalidad de unión más estable y un recurso menos frecuente al aborto que en el Caribe. Conviene recordar que, según las hipótesis de fecundidad de 2000 de las Naciones Unidas, la mayor parte de los pasos hacia la fecundidad de reemplazo y a la proporción afín de uso de anticonceptivos se supone que se darán antes del año 2025. En consecuencia, los aumentos medios de puntos porcentuales anuales de uso de anticonceptivos entre 2000 y 2025 siguen siendo relativamente altos en la mayor parte de las subregiones, dada su elevada proporción inicial de uso de anticonceptivos. En estas subregiones, no es improbable que se den aumentos de puntos porcentuales anuales de 0,4 a 0,7 en los próximos 25 años, pero tampoco se excluye la posibilidad de que se tarde más en alcanzar la fecundidad de reemplazo de lo que se ha pronosticado actualmente.

Consideremos ahora la tasa global de fecundidad como variable dependiente de los diversos determinantes próximos. En este ejercicio, tratamos básicamente de sustituir la norma de fecundidad de reemplazo por la norma de uso universal de métodos anticonceptivos (primordialmente, métodos modernos), fijada en el 75% de las mujeres que viven en pareja para todas las subregiones. Como ya hemos visto, este uso de anticonceptivos se acerca al 77% de las mujeres en pareja que usan un método, necesario para alcanzar en 2050 la hipótesis de fecundidad media del *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas), adoptada por Asia occidental, Centroamérica y América del

Cuadro 4

Resultados del modelo FAMPLAN: uso de anticonceptivos necesarios para que cada subregión alcance las tasas globales de fecundidad proyectadas por las Naciones Unidas con arreglo a la variante media de la Revisión de 2000 (la mezcla de métodos, la tasa de eficacia por métodos y los otros determinantes próximos para cada subregión se mantienen constantes)

Subregión	África del Norte	África meridional	Asia centromeridional	Asia sudoriental	Asia occidental	El Caribe	América Central	América del Sur
Tasa global de fecundidad, 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Tasa global de fecundidad, 2025	2,19	2,20	2,29	2,10	2,90	2,16	2,18	2,13
Tasa global de fecundidad, 2050	2,10	2,10	2,12	2,08	2,30	2,02	2,10	2,10
Proyecciones 2000 de las NU								
Proporción de uso de anticonceptivos, 2000. Cualquier método	51	53	51	60	50	59	67	72
Proporción implícita de uso de anticonceptivos para								
2025	69	66	68	69	66	64	76	76
2050	70	68	70	70	77	66	77	77
Aumento anual en puntos porcentuales de uso de anticonceptivos								
2000-2025	0,7	0,5	0,7	0,4	0,6	0,2	0,4	0,2
2025-2050	0,1	0,1	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0

Sur. También se acerca a la proporción de uso de anticonceptivos proyectada por las Naciones Unidas para el año 2025 para Europa meridional, Europa occidental y América del Norte. A partir de esta hipótesis básica, se formularon otras sobre los demás determinantes próximos para producir diversas situaciones hipotéticas. Los valores iniciales que se incorporaron en FAMPLAN son los mismos que se presentan en el cuadro 3 y, para el futuro, las diversas hipótesis adoptadas se presentan más adelante (véase el cuadro 5). Estas hipótesis se pueden considerar algo simples o arbitrarias. No obstante, no se debe olvidar la índole especulativa del ejercicio.

- a) Hipótesis de tasa de uso de anticonceptivos;
- b) Aumentar al “uso universal” de métodos anticonceptivos: para cada subregión, la tasa de uso de anticonceptivos se aumenta gradualmente del nivel estimado para el año 2000 (véase el cuadro 3), al 75% de las mujeres en pareja el año 2050. Además, para cada subregión, la mezcla inicial de métodos se mantuvo constante para el período de 2000-2050, con las mismas tasas de eficacia “por defecto” para cada método (véase el cuadro 3). Esta decisión se debió a la eficacia media ya relativamente alta de los métodos usados y a que la mezcla de métodos es el resultado de la historia particular de la difusión de varios métodos anticonceptivos en cada país y subregión. Por esas razones no se estimó necesario cambiar la mezcla de métodos inicial del 2000;
- c) Hipótesis de infertilidad del puerperio;
- d) Hipótesis de duración constante de la infertilidad del puerperio: para cada subregión, la duración media inicial de la infertilidad del puerperio (véase el cuadro 3) se mantuvo constante durante el período de 2000-2050;
- e) Hipótesis de duración reducida de la infertilidad del puerperio: para cada región, la duración media inicial de la infertilidad del puerperio se cambia gradualmente a 4 meses para 2050, que corresponde a los valores más bajos observados en países menos desarrollados;
- f) Hipótesis de porcentaje de mujeres en pareja;
- g) Hipótesis de porcentaje constante de mujeres en pareja: para cada subregión, el porcentaje inicial de mujeres en pareja (véase el cuadro 3) se mantuvo constante durante el período 2000-2050;
- h) Hipótesis de porcentaje reducido de mujeres en pareja: para cada subregión, el porcentaje inicial de mujeres en pareja (véase el cuadro 3) se cambia gradualmente al 50% para 2050 (porcentaje ligeramente más alto que el 45% estimado para 2000 para África meridional y cercano a los estimados para América del Norte, Europa septentrional, Europa occidental y Australia y Nueva Zelandia).

No se formularon hipótesis concretas sobre el aborto. De hecho, se supuso que la proporción actual de abortos en las subregiones permanecería constante y que no afectaría los resultados del FAMPLAN. También se puede suponer que en las subregiones donde el recurso al aborto es importante (y posiblemente tiende a aumentar), con el tiempo, y al unísono con el paso al uso universal de métodos anticonceptivos eficaces, tendrá lugar

Cuadro 5

Variantes de la proyección en lo que se refiere a uso de anticonceptivos, infertilidad del puerperio y nupcialidad

Variantes de las proyecciones: variables			
Proporción de uso de anticonceptivos en 2050	Proporción de uso de anticonceptivos	Proporción de uso de anticonceptivos e infertilidad del puerperio	Proporción de uso de anticonceptivos, infertilidad del puerperio y nupcialidad
El 75% de las mujeres en una unión usan un método anticonceptivo en 2050, según la mezcla inicial de métodos	A. Efecto del aumento al 75% de la proporción de uso de anticonceptivos solamente	B. Efecto del aumento al 75% de la proporción de uso de anticonceptivos y reducción de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses para el año 2050	C. Efecto, para el año 2050, de: <ul style="list-style-type: none"> i) Aumento de la proporción de uso de anticonceptivos al 75%, ii) Reducción de la infertilidad del puerperio a 4 meses, y iii) Reducción del porcentaje de mujeres en una unión al 50%

una reducción del número de abortos. La hipótesis de aumento de uso de anticonceptivos al 75% de las mujeres en pareja para el año 2050, se supone que reflejan este fenómeno.

Las tres situaciones que combinan estas hipótesis se presentan en el cuadro 5.

En este ejercicio, se puede considerar la variante A, que mide sólo el efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% para 2050, como la variante media al horizonte de 2050. Con respecto a los otros dos determinantes, la reducción de la infertilidad del puerperio a 4 meses, prevista aquí, tendrá un efecto positivo, aunque moderado, en la fecundidad, ya que las duraciones iniciales de la infertilidad del puerperio para cada subregión no son realmente altas, mientras que, al contrario, la reducción del porcentaje de mujeres en una unión al 50%, es probable que tenga un importante efecto negativo en la fecundidad, ya que la proporción de mujeres en pareja es relativamente alta (excepto en África meridional, donde de el valor inicial, de un 45%, es más bajo). Por esos motivos, la variante B, que combina el efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% y el efecto positivo de una reducción universal de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses, se puede considerar la variante alta, y la variante C, que añade el efecto negativo de la reducción del porcentaje de mujeres en una unión, se puede considerar la variante baja (excepto para África meridional).

Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro 6.

Examinemos en primer lugar los resultados obtenidos para el año 2025. El objetivo del 75% de mujeres que mantienen una unión para 2050, alcanzado mediante el aumento gradual del nivel de uso de anticonceptivos estimado para cada subregión en el año 2000, al 75% para 2050, supone un paso más lento al uso universal de anticonceptivos que el uso de anticonceptivos necesario para alcanzar las hipótesis de fecundidad del *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas). En consecuencia, las tasas globales de fecundidad obtenidas con arreglo a la variante A (que mide solamente el efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% para 2050) son más altas que las hipótesis de fecundidad adoptadas por las Naciones Unidas para el año 2025 para todas

Cuadro 6

Efecto estimado del aumento de uso de anticonceptivos al 75% para 2050, la reducción de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses para 2050 y la reducción del porcentaje de mujeres en una unión al 50% para 2050, en las tasas globales de fecundidad en 2025 y 2050, por subregión

Subregión	África del Norte	África meridional	Asia centromeridional	Asia sudoriental	Asia occidental	El Caribe	América Central	América del Sur
Tasa global de fecundidad 2000	3,35	3,16	3,41	2,67	3,71	2,45	2,90	2,49
Proporción de uso de anticonceptivos 2000	51	53	51	60	50	59	67	72
A. Efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% para 2050								
Proporción de uso de anticonceptivos								
2025	63	64	63	68	63	67	71	74
2050	75	75	75	75	75	75	75	75
Tasa global de fecundidad								
2025	2,57	2,37	2,61	2,21	3,07	1,98	2,57	2,37
2050	1,80	1,58	1,81	1,75	2,43	1,51	2,24	2,25
B. Efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% para 2050 y de la reducción de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses para 2050								
Tasa global de fecundidad								
2025	3,03	2,73	3,00	2,43	3,38	2,06	2,83	2,52
2050	2,12	2,14	2,45	2,14	2,97	1,64	2,74	2,55
C. Efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% para 2050, la reducción de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses para 2050 y la reducción del porcentaje de mujeres en unión al 50% para 2050.								
Tasa global de fecundidad								
2025	2,78	2,88	2,50	2,18	2,99	1,89	2,56	2,31
2050	1,76	2,38	1,64	1,70	2,28	1,37	2,21	2,13

las subregiones, excepto el Caribe. Con arreglo a esta hipótesis, el Caribe es la única subregión que tiene tasas globales de fecundidad por debajo del de reemplazo para 2025, y Asia sudoriental es la única que se acerca a la fecundidad de reemplazo, con 2,2 hijos por mujer. Las otras subregiones se mantienen por encima de la fecundidad de reemplazo, en particular Asia occidental, Asia centromeridional, África del Norte y Centroamérica. Con arreglo a la variante B, que combina el efecto del aumento del uso de anticonceptivos al 75% y el efecto de una reducción universal de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses para 2050, las tasas globales de fecundidad para 2025 son, lógicamente, más altas que las obtenidas con arreglo a la variante A, ya que ninguna subregión tenía un valor inicial tan bajo. Cuando el valor inicial de la duración de la infertilidad del puerperio es bajo, como en el caso del Caribe y América del Sur, la diferencia entre las tasas globales de fecundidad obtenidas con arreglo a la variante A y la variante B es muy pequeña. Para las otras subregiones, la diferencia entre las tasas globales de fecundidad obtenidas con arreglo a la variante B y la variante A varía de +0,2 a +0,5 hijos por mujer. Con arreglo a la variante C, que combina los tres efectos de aumento de uso de anticonceptivos al 75%, reducción de la duración de la infertilidad del puerperio a 4 meses y reducción del porcentaje de mujeres que mantienen una unión al 50% para 2050, las tasas globales de fecundidad obtenidas para el año 2025 se acercan mucho a las obtenidas con arreglo a la variante A (que sólo mide el efecto del aumento del uso de anticonceptivos) en seis de las ocho subregiones. En África meridional y África del Norte, las tasas globales de fecundidad con arreglo a la variante C son más altas que las obtenidas con arreglo a la variante A. Estos resultados parecen confirmar la hipótesis según la cual el efecto de la reducción de la infertilidad del puerperio, por una parte, y el efecto de la reducción del porcentaje de mujeres en pareja, por otra, se compensan mutuamente. Ahora bien, conviene señalar que las diversas hipótesis adoptadas con arreglo a la variante C convergen en los mismos valores de uso de anticonceptivos, duración media de la infertilidad del puerperio y proporción de mujeres en pareja. Esto no es lo que sucede en el trabajo realizado por las Naciones Unidas, que usa una metodología distinta (Naciones Unidas, 2000). En este trabajo, sólo se formulan las hipótesis para las tasas globales de fecundidad y convergen en la fecundidad de reemplazo para el año 2050, y la única variable dependiente es la tasa de uso de anticonceptivos. Asimismo, el hecho de que las tasas globales de fecundidad obtenidas con arreglo a la variante C son distintas de las obtenidas con arreglo a la variante A, para África meridional y África del Norte, indica que la compensación del efecto de la reducción de la infertilidad del puerperio, por una parte y el efecto de la reducción del porcentaje de mujeres en pareja, por otra, no se debe dar por segura en cualquier momento en todos los contextos.

Para el año 2050, la variante A arroja una fecundidad por debajo del de reemplazo en cinco de las ocho subregiones consideradas y resultados que se acercan a la fecundidad de reemplazo: 2,2 hijos por mujer en Centroamérica y América del Sur y 2,4 hijos por mujer en Asia occidental. Con arreglo a la variante B, que refleja el posible aumento de la reducción de la infertilidad del puerperio en la fecundidad (que se puede considerar una variante alta), sólo una subregión: el Caribe, cae por debajo de la fecundidad de reemplazo para 2050. Tres subregiones tienen fecundidad de reemplazo: África del Norte, África meridional y Asia sudoriental, y las cuatro subregiones restantes todavía tienen una fecundidad superior a la de reemplazo: Asia occidental, 3 hijos por mujer; Centroamérica, 2,7; América del Sur, 2,6 y Asia centromeridional, 2,5. Por último, con arreglo a la variante C (que se puede considerar una variante baja), para el año 2050, cuatro subregiones tienen fecundidad por debajo del de reemplazo: África del Norte, Asia centromeridional, Asia sudoriental y el Caribe. Las otras cuatro subregiones tienen fecundidad de reemplazo o ligeramente por encima de reemplazo: África meridional, 2,4 hijos por mujer; Asia occidental, 2,3; Centroamérica, 2,2 y América del Sur, 2,1. Por supuesto, si hubiéramos hecho otra hipótesis sobre el aumento de las tasas globales de aborto además de las tres hipótesis formuladas con arreglo a la variante C, todas las subregiones habrían caído por debajo de la fecundidad de reemplazo. Ahora bien, la combinación de una hipótesis del

aumento del aborto y la hipótesis del 75% de mujeres en pareja que usan un método anticonceptivo, probablemente no es válida, ya que, como se ha indicado anteriormente, este alto uso de anticonceptivos se suele asociar a tasas globales de aborto bajas.

Pese a la limitación de este ejercicio, los resultados obtenidos señalan al menos un hecho importante: todavía no se sabe lo que nos va a traer el futuro y estamos muy lejos de poder dar por descontado que todos los países y subregiones del mundo que actualmente tienen fecundidad intermedia alcancen rápidamente una fecundidad por debajo del de reemplazo en los próximos decenios. ¿Cuáles serían las consecuencias de estos resultados para la formulación de futuras proyecciones de población?

LA PROYECCIÓN DE LAS TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD O LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS

Hasta ahora, al preparar sus proyecciones de población, las Naciones Unidas, como todos los pronosticadores de población, han formulado sus hipótesis de fecundidad sin considerar los valores afines de los determinantes próximos. Han considerado la correspondencia, más bien que la coherencia, de las hipótesis de fecundidad y los determinantes próximos, pero después, y sólo para los valores implícitos de uso de anticonceptivos. Afortunadamente, con el *World Population Prospects: The 2000 Revision*, el “modelo” de los 2,1 hijos por mujer, aceptado durante tantos decenios como la meta implícita definitiva de todos los pueblos del mundo, se ha abandonado. Sin embargo, no hay sustituto para el modelo perdido de la “fecundidad de reemplazo”. Ahora, en la *Revisión de 2000*, la hipótesis media para los países de alta fecundidad es que la fecundidad descenderá a un ritmo medio de cerca de un hijo por decenio a partir de 2005 o más tarde, lo que significa que algunos de esos países no alcanzarán el nivel de reemplazo para 2050. Se prevé que los países con fecundidad intermedia alcanzarán la fecundidad de reemplazo antes de 2050 y que los países con fecundidad por debajo del de reemplazo la mantendrán a ese nivel. Todo eso significa que, si ya no se prevé que todos los países del mundo converjan en la fecundidad de reemplazo, con respecto a los que tienen fecundidad intermedia, los pronosticadores todavía proyectan la fecundidad de reemplazo por falta de datos, falta de análisis a fondo o falta de imaginación.

Al mismo tiempo que las proyecciones clásicas de población, se han estado haciendo proyecciones de uso de anticonceptivos y mezcla de métodos en varias ocasiones a escala nacional e internacional (Ross, Stover y Willard, 1999). No obstante, estas proyecciones se están haciendo principalmente para estimar el número de futuros usuarios de anticonceptivos de métodos modernos y los correspondientes suministros. Estas dos series de proyecciones tienen objetivos obviamente distintos y responden a distintas necesidades de información. Pero, ¿no es antes de formular hipótesis de fecundidad cuando hay que considerar detenidamente los determinantes próximos? Y a la inversa, ¿no es al formular hipótesis de necesidades futuras de anticonceptivos el momento de mirar la gama existente de hipótesis de fecundidad? Esto no significa necesariamente que las hipótesis de fecundidad se deban basar en hipótesis de valores futuros de los determinantes próximos, aunque no es imposible. Recientes proyecciones de población hechas para el Chad, han basado las hipótesis de fecundidad alta, baja y media en varios supuestos respecto a los determinantes próximos y es interesante que la tasa global de fecundidad a que llegaron para el año 2025: 4,62, es casi idéntica a la proyección de fecundidad media de las Naciones Unidas 2000. Ahora bien, para el año 2050, es distinta: 3,15 hijos por mujer con el método de “determinantes próximos”, frente a 2,23 para las Naciones Unidas (Ningam, Nodjimbatem y Guengant, 2002). En nuestra opinión, al menos el valor de los determinantes próximos asociados con determinadas hipótesis de fecundidad global se debe verificar antes de formular hipótesis de fecundidad y ejecutar las proyecciones de población. Asimismo, esos valores (de los determinantes próximos) se deben indicar claramente al presentar las hipótesis de fecundidad y los resultados de las proyecciones de población. Esto ayudará a esclarecer lo que se ha hecho y lo que los demógrafos estamos haciendo.

Este ejercicio, es decir, la verificación de la coherencia de los valores de los determinantes próximos con determinadas hipótesis de fecundidad, se debería hacer no en el plano subregional como hemos hecho en el presente estudio, sino en el plano nacional. Idealmente, esto ayudará a definir algunas asociaciones “típicas” entre las tasas globales de fecundidad y los valores de los determinantes próximos según distintos niveles de fecundidad, con un criterio similar al utilizado para asociar la mezcla de métodos media por niveles de uso de anticonceptivos (Stover y Heaton, 1999). La fecundidad, en particular la que se acerca o está por debajo del de reemplazo, se puede asociar a varias combinaciones de valores de los diversos determinantes próximos. Por ejemplo, la fecundidad de reemplazo se puede alcanzar mediante varias combinaciones de valores de los determinantes próximos. En este aspecto, el caso de Barbados, donde la fecundidad de reemplazo se consiguió gracias a una combinación de uso moderadamente alto de anticonceptivos, frecuente recurso al aborto, duración mínima de la infertilidad del puerperio e importante efecto de inhibición del matrimonio (resultante de la proporción moderadamente alta de mujeres en pareja, pero con una gran proporción de uniones inestables) es, ciertamente, sólo una de varias combinaciones posibles para llegar a los 2,1 hijos por mujer. Esta “mezcla de determinantes próximos” puede explicar también por qué Barbados cayó después por debajo de la fecundidad de reemplazo, probablemente debido a un aumento del uso de anticonceptivos y a un recurso incontrolado al aborto. La cuestión de si un análisis a fondo de las variaciones de los valores de los determinantes próximos durante la transición de la fecundidad, pero igualmente importante, cuando la fecundidad es de reemplazo o por debajo del de reemplazo, ayudará a definir modelos que se puedan usar para proyectar futuros niveles de fecundidad, todavía queda por ver, pero ése es un trabajo que es preciso realizar.

DISCUSIÓN

El anterior supuesto de convergencia de todos los países del mundo en 2,1 hijos por mujer antes del año 2050 era una hipótesis sencilla y fácil de comprender. Pero, el gran número de países que tiene ahora fecundidad por debajo del de reemplazo y el hecho de que la fecundidad no ha empezado todavía a descender en una serie de países menos adelantados, han obligado a los pronosticadores a abandonar esta hipótesis demasiado simple (Guengant y May, 2001). Ahora, el mundo está dividido en fecundidad alta, intermedia y por debajo del de reemplazo. No obstante, las proyecciones de las Naciones Unidas y otras proyecciones de población se siguen basando en supuestos de tasa global de fecundidad, considerada una variable independiente, mientras que la fecundidad es cualquier cosa menos una variable dependiente. ¿No es eso también demasiado simple? Lo que es seguro es que nadie sabe qué hacer una vez que un país ha llegado a la fecundidad de reemplazo, o por debajo del de reemplazo, como ha sido el caso de tantos países desarrollados en los últimos años. El marco de los determinantes próximos puede ayudar, hasta cierto punto, a explicar por qué los niveles de fecundidad entre los países con fecundidad por debajo del de reemplazo pueden estar sujetos a variaciones tan marcadas como de 1,1 a 2,1 hijos por mujer.

No obstante, las dificultades que plantea el uso del marco de los determinantes próximos para explicar las diferencias de fecundidad entre países con fecundidad intermedia o por debajo del nivel de reemplazo y para formular hipótesis de fecundidad, no se deberían pasar por alto. La primera dificultad es la convergencia. ¿Son realistas las hipótesis de convergencia, como resultado de la globalización, la educación universal, el fácil acceso a los medios de información y a mensajes mundiales en cualquier parte del mundo? La hipótesis anterior de convergencia en 2,1 hijos por mujer en todos los países del mundo ha resultado ser equivocada. ¿Son las hipótesis de convergencia hacia el uso universal de la anticoncepción, fijada en el 75% de las mujeres en pareja, duración reducida de la no infertilidad del puerperio a 4 meses, porcentaje de mujeres en pareja reducido al 50% y recurso marginal al aborto para 2050, hipótesis más realistas? Probablemente no. Pero el

uso de estas hipótesis tiene la ventaja de identificar algunos de los determinantes de fecundidad bien conocidos. También, hasta ahora, el marco de los determinantes próximos ha demostrado ser bastante sólido para usarse en una gran variedad de contextos.

Las otras dificultades relacionadas con el uso del marco de los determinantes próximos se refieren a cada determinante. Empecemos con las modalidades de unión. Las modalidades de unión son el resultado de procesos sociales complejos y la dificultad aquí se refiere a la evolución tanto de la proporción de mujeres en pareja como al tipo de unión. La proporción de mujeres en pareja varía mucho de un país a otro y, a la larga, es muy difícil de proyectar. Formular hipótesis sobre modalidades futuras de unión resultará incluso más difícil, aunque la proporción de uniones inestables es probable que tenga un efecto importante en la fecundidad, tan importante como la proporción total de mujeres en pareja. En muchas sociedades de distintos antecedentes culturales (en Europa, en el África subsahariana) las modalidades no oficiales de unión (uniones consensuales y uniones de visita) parecen haber adquirido mayor importancia en los últimos tiempos. Como se ha indicado anteriormente, la creciente importancia de las modalidades inestables de unión tendrán, siempre que todos los demás factores permanezcan constantes, un efecto deprimente en la fecundidad, pero esta evolución es también probable que afecte la edad al tener el primer hijo, y el número de hijos deseados. En las sociedades en las que, tradicionalmente, se aceptan estos tipos de unión, esto no tendrá, necesariamente, un efecto negativo en el número de hijos deseados. En cambio, en las sociedades donde estos tipos no oficiales de relación llevan consigo un estigma, cualquier aumento del número y proporción de uniones inestables es probable que tenga un efecto negativo en la fecundidad.

En lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos modernos, el uso futuro de varios métodos dependerá, en parte, de su disponibilidad. La carencia de estos métodos o la grave limitación de su acceso a ciertos grupos (por ejemplo, los adolescentes no casados) es probable que aumente el deseo de recurrir al aborto. Ahora bien, en la mayoría de los países menos desarrollados con fecundidad intermedia, el aborto es ilegal y los costos y las condiciones en las que se lleva a cabo limitan gravemente esta opción. Por tanto, la ventaja comparativa del aborto y la anticoncepción funcionará de distinta forma según el país y el efecto en la fecundidad variará en consecuencia. Por último, la mezcla de métodos no debería suponer graves dificultades para la mayor parte de los países con fecundidad intermedia. En varios países se ha llegado a una gran proporción de uso de anticonceptivos a través de una elevada proporción de esterilización. El cambio a métodos reversibles no afectará necesariamente la eficacia media de la mezcla de métodos, en particular si los métodos reversibles adoptados en último término son muy eficaces, como las inyecciones.

Por último, se puede aceptar que la duración media de la infertilidad del puerperio es probable que se reduzca. Todavía sigue siendo difícil prever el grado y el ritmo de esta reducción. El supuesto del que se parte en el presente documento, de reducción de la duración media de la infertilidad del puerperio a 4 meses en todos los países, no se producirá necesariamente. No obstante, se puede suponer que a medida que los países se aproximen a la fecundidad de reemplazo, ese factor es probable que tenga menos importancia. Esto significa que, cuando los países se aproximan a la fecundidad de reemplazo, en los países donde el uso de anticonceptivos ya es alto, es probable que el principal determinante próximo de fecundidad sea la nupcialidad (proporción de mujeres en unión y modalidades de unión). Si la fecundidad de reemplazo se ha alcanzado con un uso de anticonceptivos relativamente moderado, el principal determinante próximo de fecundidad puede ser el aborto, junto con diversos efectos de modalidades de matrimonio.

CONCLUSIÓN

Las opiniones expresadas últimamente sobre los rápidos descensos de fecundidad observados en la mayoría de los países del mundo y las perspectivas futuras, se pueden dividir en tres categorías. La primera prevé la continuación de esos descensos en todas partes y

una tendencia mundial e irreversible a la fecundidad por debajo del de reemplazo (Chesnais, 2001). Según esta opinión, después de la explosión demográfica del siglo XX, la humanidad pudo experimentar progresivamente una implosión demográfica. Una segunda opinión presenta al mundo dividido en dos grupos. El primero agrupa a los países desarrollados y en desarrollo, con fecundidad inferior a la de reemplazo o a punto de lograrla a medio plazo, y el segundo comprende a los países menos adelantados, la mayoría en el África subsahariana, cuya fecundidad sigue siendo alta (Caldwell, 2002). Según esta opinión, las dificultades de mañana serán hacer frente al envejecimiento y posibles descensos de población en la mayor parte de los países del mundo y, al mismo tiempo, mantener actitudes y políticas favorables y asistencia a programas dirigidos a reducir la fecundidad en países donde el crecimiento de población sigue siendo alto. Por último, se puede considerar el *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Naciones Unidas) como un tercer y más pragmático modo de ver las tendencias futuras de fecundidad. Según las hipótesis de fecundidad media formuladas en la *Revisión*, para 2050 el mundo podría estar todavía dividido en tres grupos. Primero, el grupo de países donde la fecundidad podría ser de alrededor de 2,5 hijos por mujer o más (África oriental, África central, África occidental y Asia occidental). Segundo, el grupo de países donde la fecundidad podría ser de reemplazo (Asia centromeridional y sudoriental, África del Norte y meridional, Centroamérica y América del Sur, Melanesia, Micronesia y América del Norte). Tercero, el grupo de países donde la fecundidad podría ser inferior a la de reemplazo (Australia/Nueva Zelanda, el Caribe, Asia oriental y todas las regiones de Europa).

Las “nociones” sobre el futuro de la humanidad y las dinámicas de población pueden ser estimulantes y son bienvenidas. Ahora bien, todavía no se sabe qué nos traerá el futuro, pero dependerá de muchos factores, algunos de los cuales ni siquiera podemos prever. Se necesitan proyecciones de población para hacernos una idea de la tarea que nos espera. Desde una perspectiva pragmática, nos permiten hacernos una idea de cuántos niños tendrán que ser vacunados o educados, cuántas personas necesitarán alimentos o empleo, etc. A medida que aumenta el número de países que se van acercando a las últimas etapas de la transición a la fecundidad baja, los demógrafos parecen reacios a abandonar el objetivo de población estática y fecundidad de reemplazo. Tampoco parecen estar dispuestos a admitir que las proyecciones de población no son tan sólidas como parecían y que, al ser la fecundidad cada vez más cuestión de control y elección de la pareja y los individuos, será considerablemente más volátil que en el pasado. Ha llegado el momento de reconocer todos estos cambios y hacer frente a las dificultades que llevan consigo.

En el plano mundial, las proyecciones de población y las hipótesis correspondientes de fecundidad, mortalidad (y el efecto del SIDA en la mortalidad) y migración internacional, se deben presentar y explicar más detalladamente que en la actualidad. En particular, las consecuencias de las supuestas tendencias futuras de fecundidad en lo que se refiere a los determinantes próximos de fecundidad se podrían explicar y documentar. En resumen, los demógrafos deberían ser más modestos al expresar opiniones sobre el futuro de la población y reforzar el trabajo de análisis y vigilancia. También deberían acostumbrarse a pensar en un mundo más diverso, donde en cualquier momento dado los países estarán en muy distintas etapas de transición demográfica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bongaarts, John (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 4, No. 1, págs. 105-132.
- Caldwell, John C. (2002). *Contemporary Population Challenge*. Reunión del grupo de expertos sobre la terminación de la transición de la fecundidad, División de Población, Naciones Unidas, Nueva York, 11 a 14 de marzo de 2002.
- Chesnais, Jean-Claude (2001). *Comment: A March Toward Population Recession*. *Population and Development Review* (Nueva York), Suplemento, págs. 255-259.
- Foote, Karen A., Kenneth H. Hill y Linda G. Martin (1993). Demographic Change in Sub-Saharan Africa. *National Academy Press* (Washington D.C.).

- Guengant, Jean Pierre (1996). Demographic Transition in the Caribbean: An Attempt at Interpretation. *The Fertility Transition in Latin America*, comps. J.M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez, E.A. Pantelides. *International Studies in Demography*, Clarendon Press Oxford.
- Guengant, Jean Pierre, y John May (2001). *Impact of the proximate determinants on the future course of fertility in sub-Saharan Africa*. Seminario sobre "Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries", División de Población, Naciones Unidas, Nueva York, 9 a 11 de julio de 2001.
- Naciones Unidas (2000). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. ST/ESA/SER.A/190.
- Naciones Unidas (1999). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. No. de venta ESA/P/WP.155.
- Naciones Unidas (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables*, ST/ESA/SER.A/195.
- Naciones Unidas (2001b). *World Population Prospects: The 2000 Revision Highlights*. No. de venta: ESA/P/WP.165, febrero de 2001 (véase también <http://www.un.org/esa/population/wpp2000.htm>, y cuadros del anexo de las Naciones Unidas
- Ningam Ngakoutou, Nodjimnatem Ngoniri y Jean Pierre Guengant (2002). *Population du Tchad de 2000 à 2050*. Ministère de la promotion économique et du développement, Division de la population (de próxima aparición).
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1999). *Informe sobre el Desarrollo Humano*, DeBoeck Université, París/ Bruselas.
- Ross, John A., John Stover y Amy Willard (1999). *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs, 116 Countries*. Glastonbury, CT: The Futures Group International.
- Stover, John, y Laura Heaton (1999). *FAMPLAN: Version 4. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements*, Spectrum System of Policy Models, Washington, DC: The Futures Group International, The POLICY Project.

RECONOCIMIENTOS

El autor está profundamente agradecido a Petrina LeePoy, John May y Deborah Taylor, por sus observaciones y valiosa ayuda en la revisión del presente documento.

ANEXO

Cuadro 1 A
 Descenso de las tasas globales de fecundidad entre 1960-1965 y 1995-2000, y tasas globales de fecundidad entre 1960-1965 y 1995-2000, por país y subregión

País	Variaciones en la tasa global de fecundidad 1960-1965 1995-2000	Tasa global de fecundidad		Subregión y país o zona	Variaciones en la tasa global de fecundidad 1960-1965 1995-2000	Tasa global de fecundidad	
		1960-1965	1995-2000			1960-1965	1995-2000
Túnez	-4,9	7,3	2,3	África oriental			
Viet Nam	-4,7	7,2	2,5	Kenya	-3,5	8,1	4,6
Bahrein	-4,5	7,2	2,6	Reunión	-3,4	5,7	2,3
República Dominicana	-4,4	7,3	2,9	África del Norte			
Kuwait	-4,4	7,3	2,9	Túnez	-4,9	7,3	2,3
Suriname	-4,4	6,6	2,2	Argelia	-4,1	7,4	3,3
Argelia	-4,1	7,4	3,3	Marruecos	-3,8	7,2	3,4
Costa Rica	-4,1	7,0	2,8	Egipto	-3,7	7,1	3,4
Santa Lucía	-4,1	6,8	2,7	Jamahiriya Árabe Libia	-3,4	7,2	3,8
México	-4,1	6,8	2,8	Sáhara occidental	-2,1	6,5	4,4
Líbano	-4,1	6,4	2,3	Sudán	-1,8	6,7	4,9
Colombia	-4,0	6,8	2,8	África meridional			
Uzbekistán	-4,0	6,8	2,9	Sudáfrica	-3,4	6,5	3,1
Brunei Darussalam	-3,9	6,7	2,8	Botswana	-2,6	6,9	4,4
Polinesia Francesa	-3,9	6,5	2,6	Swazilandia	-1,7	6,5	4,8
Brasil	-3,9	6,2	2,3	Lesotho	-1,1	5,8	4,8
Perú	-3,9	6,9	3,0	África occidental			
Irán (República Islámica del)	-3,8	7,0	3,2	Cabo Verde	-3,4	7,0	3,6
Marruecos	-3,8	7,2	3,4	Ghana	-2,3	6,9	4,6
Guyana	-3,7	6,2	2,5	Asia oriental			
Emiratos Árabes Unidos	-3,7	6,9	3,2	Mongolia	-3,3	6,0	2,7
El Salvador	-3,7	6,9	3,2	Asia centromeridional			
Venezuela	-3,7	6,7	3,0	Uzbekistán	-4,0	6,8	2,9
Egipto	-3,7	7,1	3,4	Irán (Rep. Islámica del)	-3,8	7,0	3,2
Ecuador	-3,6	6,7	3,1	Bangladesh	-3,3	7,1	3,8
Kenya	-3,5	8,1	4,6	Turkmenistán	-3,2	6,8	3,6
Turquía	-3,5	6,2	2,7	Tayikistán	-2,6	6,3	3,7
Malasia	-3,5	6,7	3,3	Kirguistán	-2,5	5,4	2,9
República Árabe Siria	-3,5	7,5	4,0	India	-2,5	5,8	3,3
Cabo Verde	-3,4	7,0	3,6	Nepal	-1,2	6,1	4,8
Sudáfrica	-3,4	6,5	3,1	Asia sudoriental			
Jamahiriya Árabe Libia	-3,4	7,2	3,8	Viet Nam	-4,7	7,2	2,5
Reunión	-3,4	5,7	2,3	Brunei Darussalam	-3,9	6,7	2,8
Jordania	-3,3	8,0	4,7	Malasia	-3,5	6,7	3,3
Mongolia	-3,3	6,0	2,7	Filipinas	-3,2	6,9	3,6
Bangladesh	-3,3	7,1	3,8	Indonesia	-2,8	5,4	2,6
Panamá	-3,3	5,9	2,6	Myanmar	-2,7	6,0	3,3
Qatar	-3,3	7,0	3,7	Timor Oriental	-2,0	6,4	4,4
Filipinas	-3,2	6,9	3,6	Asia occidental			
Turkmenistán	-3,2	6,8	3,6	Bahrein	-4,5	7,2	2,6
Jamaica	-3,1	5,6	2,5	Kuwait	-4,4	7,3	2,9
Honduras	-3,1	7,4	4,3	Líbano	-4,1	6,4	2,3
Belize	-3,0	6,5	3,4	Emiratos Árabes Unidos	-3,7	6,9	3,2

País	Variaciones en la tasa global de fecundidad 1960-1965 1995-2000	Tasa global de fecundidad		Subregión y país o zona	Variaciones en la tasa global de fecundidad 1960-1965 1995-2000	Tasa global de fecundidad	
		1960-1965	1995-2000			1960-1965	1995-2000
Nicaragua	-3,0	7,3	4,3	Asia occidental (continuación)			
Chile	-2,8	5,3	2,4	Turquía	-3,5	6,2	2,7
Indonesia	-2,8	5,4	2,6	República Árabe Siria	-3,5	7,5	4,0
Samoa	-2,8	7,3	4,5	Jordania	-3,3	8,0	4,7
Fiji	-2,8	6,0	3,2	Qatar	-3,3	7,0	3,7
Nueva Caledonia	-2,7	5,3	2,6	Israel	-0,9	3,9	2,9
Myanmar	-2,7	6,0	3,3	El Caribe			
Tayikistán	-2,6	6,3	3,7	República Dominicana	-4,4	7,3	2,9
Botswana	-2,6	6,9	4,4	Santa Lucía	-4,1	6,8	2,7
Kirguistán	-2,5	5,4	2,9	Jamaica	-3,1	5,6	2,5
India	-2,5	5,8	3,3	Bahamas	-2,1	4,5	2,4
Vanuatu	-2,4	7,0	4,6	Haití	-1,9	6,3	4,4
Paraguay	-2,4	6,6	4,2	América Central			
Ghana	-2,3	6,9	4,6	Costa Rica	-4,1	7,0	2,8
Bolivia	-2,3	6,6	4,4	México	-4,1	6,8	2,8
Sáhara occidental	-2,1	6,5	4,4	El Salvador	-3,7	6,9	3,2
Bahamas	-2,1	4,5	2,4	Panamá	-3,3	5,9	2,6
Guam	-2,1	6,0	4,0	Honduras	-3,1	7,4	4,3
Timor Oriental	-2,0	6,4	4,4	Belice	-3,0	6,5	3,4
Guatemala	-1,9	6,8	4,9	Nicaragua	-3,0	7,3	4,3
Haití	-1,9	6,3	4,4	Guatemala	-1,9	6,8	4,9
Sudán	-1,8	6,7	4,9	América del Sur			
Swazilandia	-1,7	6,5	4,8	Suriname	-4,4	6,6	2,2
Papua Nueva Guinea	-1,7	6,3	4,6	Colombia	-4,0	6,8	2,8
Nepal	-1,2	6,1	4,8	Brasil	-3,9	6,2	2,3
Lesotho	-1,1	5,8	4,8	Perú	-3,9	6,9	3,0
Guyana Francesa	-1,0	5,0	4,1	Guyana	-3,7	6,2	2,5
Israel	-0,9	3,9	2,9	Venezuela	-3,7	6,7	3,0
Uruguay	-0,5	2,9	2,4	Ecuador	-3,6	6,7	3,1
Argentina	-0,5	3,1	2,6	Chile	-2,8	5,3	2,4
				Paraguay	-2,4	6,6	4,2
				Bolivia	-2,3	6,6	4,4
				Guyana Francesa	-1,0	5,0	4,1
				Uruguay	-0,5	2,9	2,4
				Argentina	-0,5	3,1	2,6
				Melanesia/Micronesia/Polinesia			
				Polinesia Francesa	-3,9	6,5	2,6
				Samoa	-2,8	7,3	4,5
				Fiji	-2,8	6,0	3,2
				Nueva Caledonia	-2,7	5,3	2,6
				Vanuatu	-2,4	7,0	4,6
				Guam	-2,1	6,0	4,0
				Papua Nueva Guinea	-1,7	6,3	4,6

Fuente: Naciones Unidas 2001a: *World Population Prospects: The 2000 Revision*.

TERCERA PARTE

DOCUMENTOS DE LOS PAÍSES

La terminación de la transición de la fecundidad: el caso de la Argentina

*Edith Alejandra Pantelides**

INTRODUCCIÓN

La reducción de la fecundidad en la Argentina tiene varias características originales. Con respecto al momento en que empezó a producirse, fue temprana en comparación con otros países de América Latina (excepto Uruguay) y casi contemporánea de muchos países europeos. Respecto a su relación con la mortalidad, el descenso de ambas variables, medido por las tasas brutas, ha sido casi simultáneo, en contra de los pronósticos de la teoría de la transición demográfica (Lattes, 1975; Pantelides, 1983). Respecto a su ritmo, ha mostrado dos “auges de natalidad” (pequeños), que interrumpieron el descenso de la tasa de natalidad, y varios períodos de cuasi estabilidad o descenso muy lento de esa tasa. Después de este comportamiento heterodoxo ¿seguirá el futuro de la fecundidad en la Argentina una trayectoria previsible? Nuestro documento girará en torno a esa cuestión. No entraremos en un análisis sofisticado, que de todos modos estaría viciado por la calidad y disponibilidad de datos, sino que trataremos de presentar el cuadro general del pasado y de hacer algunas conjeturas sobre el futuro.

* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) y Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentina.

LA TRAYECTORIA DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

El comienzo del descenso de la fecundidad

Es un hecho generalmente aceptado que al hablar del comienzo de la reducción de la fecundidad en general, nos referimos a una reducción irreversible que sigue a un período de fecundidad alta relativamente constante. Puede haber fluctuaciones, pero no un retorno al nivel anterior (Knodel, 1974, pág. 9). El umbral que define el punto exacto a partir del cual no es posible regresar a los niveles anteriores es algo arbitrario.

En el caso de la Argentina, si la tasa bruta de natalidad se usa como medida de fecundidad, las series calculadas por distintos autores (Collver, 1965; Lattes, 1975; Rothman, 1973; Torrado, 1970), muestran valores de tasa bruta de natalidad de 45 a 50 nacimientos vivos por mil habitantes antes del decenio de 1890. Todas las series muestran reducciones muy pequeñas a partir del período de 1885 a 1889, con oscilaciones en algunos casos. Pero para el decenio de 1900, todas las series muestran reducciones del 10% al 15% de la tasa bruta de natalidad, lo que las reduce a una escala del 41 por mil al 42 por mil. Después, la reducción se acelera y para mediados del decenio de 1940, todas las estimaciones muestran valores de tasa bruta de natalidad de alrededor del 25 por mil, reducción de rapidez poco común para aquella época.

Al adoptar el criterio de Lesthaeghe (1977, pág. 4) para definir cuándo empezó definitivamente la transición de la fecundidad, es decir, la fecha en que la tasa bruta de natalidad cae por debajo de 30 nacimientos vivos por mil habitantes para no regresar a su nivel anterior, podemos mostrar la primera de las características peculiares de la reducción de la fecundidad en la Argentina: su comienzo temprano, en comparación con casi todos los demás países latinoamericanos y su proximidad cronológica a muchos países europeos (cuadro 1).

- 1 Fechas de los censos nacionales: 1869, 1895, 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, 1991, 2001.
- 2 Este valor fue estimado por Pantelides (1984b) a partir de la tasa bruta de reproducción calculada por Rothman (1973), mediante la adopción de una relación de nacimientos niño-niña de 105/100.
- 3 Las categorías de estado civil de los censos eran “soltero/a”, “casado/a” y “viudo/a”. Lo más probable es que a las personas que vivían en una unión consensual se las incluyera en la categoría de “soltero/a” (véase Pantelides, 1984a, 1984b, apéndice IV).

Otras medidas calculadas para las fechas de los censos¹ muestran que la fecundidad empezó a descender en algún momento entre los censos de población de 1895 y 1914, cuando la tasa bruta de natalidad bajó de 7,0 (Arretx, Mellafé y Somoza, 1977) a 5,3 (Rothman, 1973²). Los mismos resultados se desprenden del índice de fecundidad general (I_p), que muestra un descenso muy pequeño de 0,58 en 1869 a 0,55 en 1895 y un descenso muy abrupto a 0,42 para 1914 (Pantelides, 1996). El período prolongado de tiempo transcurrido entre los tres primeros censos hace que sea imposible señalar fechas más exactas del fenómeno que estamos tratando de medir.

En un trabajo anterior (Pantelides, 1984b, 1996) hemos expuesto el motivo de la discrepancia entre las diversas medidas: radica principalmente en el diferente efecto que producen en ellas el tamaño y la estructura de población y que, desde el decenio de 1860 hasta el de 1930 estuvo “desvirtuado” por una corriente de inmigración europea en masa en edad de procrear, que inmediatamente contribuyó al denominador de las tasas, pero sólo después de un lapso al numerador, ya que era esencialmente masculina y en gran parte integrada por solteros, que no procrearon hasta que se establecieron y formaron una familia, o por hombres casados que habían dejado a su esposa e hijos detrás hasta establecerse.

Un análisis de la estructura de paridez de mujeres no solteras³ en los censos de 1895 y 1914 (Pantelides, 1996) no da muestras de una reducción de la fecundidad: no hay indicios de una reducción de la proporción de mujeres de parideces más altas (35% tienen 6 hijos o más en ambos censos) y sólo un aumento muy pequeño (menos de un punto porcentual) en la de las mujeres con 0 a 3 hijos. Los coeficientes de progresión de paridez calculados para las cohortes de mujeres que tenían de 45 a 49 años en 1885 y 1895 tampoco muestran cambios.

Cuadro 1
Países determinados. Decenio durante el cual la tasa bruta de natalidad cae por debajo de 30 por mil

Decenio	Países
1830	Francia
1840	Irlanda
1890	Suecia, Dinamarca, Inglaterra y Gales, Escocia, Australia, Nueva Zelandia
1900	Países Bajos, Noruega, Alemania
1910	Canadá, Finlandia, Austria, Hungría, Checoslovaquia
1920	Italia, España, Portugal, Uruguay
1930	Polonia, Bulgaria, Rumania, Argentina
1940	Unión Soviética, Cuba
1950	Yugoslavia, Japón
1960	Chile

Fuentes: Pantelides, Edith A. (1984). *The Decline of Fertility in Argentina, 1869-1947*. Tesis doctoral presentada ante la Facultad de la Graduate School de la Universidad de Texas en Austin. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International, adoptado de Lesthaeghe, Ron J. (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton, Nueva Jersey; Princeton University Press

Con datos adicionales de:

Cuba, Centro de Estudios Demográficos (s.f.). *La población de Cuba*. La Habana, Series CICRED.

Gutiérrez Roldán, Héctor (1975). *La población de Chile*, París, Series CICRED.

Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. En *La población de Argentina*, Alfredo E. Lattes y Zulma Recchini de Lattes, comps. Buenos Aires: Series CICRED, págs. 29 a 66.

Pellegrino, Adela y Raquel Pollero (1998). Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo, 1889-1975. Documento presentado en el Seminario on Changes and Continuity in American Demographic Behaviours. The Five Centuries' Experience (Seminario sobre cambios y continuidad en los comportamientos demográficos americanos. La experiencia de cinco siglos), organizado por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y la Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina, 27 a 29 de octubre.

Oficina del Censo de los Estados Unidos (1980). *Statistical Abstract of the United States: 1980*. Washington, DC.

Sobre la base de las pruebas anteriores, más las estimaciones para determinadas zonas geográficas (Celton, 1987; Ferreyra, 1989; Mychaszula, Pantelides y Foschiatti, 1989), sugerimos que, para fines del decenio de 1800, la fecundidad era de una TGF de 7 y no cambió apreciablemente antes de 1895. No obstante, como se indica por un valor de I_f de 0,58 en 1869, que es inferior al de las poblaciones sin control de fecundidad voluntario, y por la presencia de diferencias de fecundidad rural-urbana y nativa-migrante⁴ (Pantelides, 1984b, 1986, 1997), podemos concluir que existía cierto grado de control de la fecundidad en algunas subpoblaciones. El hecho de que la fecundidad de los matrimonios empezó a descender más tarde que la fecundidad general (Pantelides, 1984b) indica que este control, probablemente involuntario, puede haberse “ejercitado” mediante el retraso del matrimonio⁵.

La reducción de la fecundidad y la mortalidad

Ocupémonos ahora de otra de las características interesantes de la transición de la fecundidad en la Argentina: su simultaneidad con la de mortalidad. Hemos llamado a esa característica la transición demográfica no ortodoxa, por supuesto, en relación con la teoría clásica de transición demográfica, que afirmaba que la mortalidad disminuye antes que la fecundidad⁶. En el caso de la Argentina, nunca ha existido un período de crecimiento natural alto, característico de la transición; las tasas brutas de natalidad y las tasas brutas de mortalidad (TBM) siguieron una trayectoria paralela (cuadro 2) y las tasas de crecimiento natural más altas nunca sobrepasan los 20 por mil, con los valores más altos a partir del comienzo del descenso hasta el decenio de 1920.

Las reducciones de la tasa bruta de mortalidad registradas a finales de 1870 se debieron, probablemente, a epidemias en el período anterior (en 1871, se declaró, efectivamente, una epidemia de fiebre amarilla), que provocaron un aumento de la tasa del período de 1870 a 1875 y dieron la impresión de un descenso en el período siguiente.

La configuración de la reducción de la fecundidad

Otra característica de la reducción de la fecundidad en la Argentina es la presencia de dos tendencias ascendentes en la tasa bruta de natalidad (cuadro 2), que tuvieron lugar a finales de los decenios de 1940 y 1970. Dado que los datos sobre nacimientos por edad de la madre sólo existen a partir de 1954, no hay forma de averiguar si la primera tendencia ascendente era sólo el resultado de un cambio de composición o de cambios en los intervalos entre los nacimientos (Ryder, 1983; Bongaarts y Feeney, 1998), o de un aumento real de la fecundidad.

El aumento registrado a finales del decenio de 1970 (y en algunas zonas a comienzos del de 1980) se produjo en todas las provincias de la Argentina (excepto en Río Negro), pero fue más pronunciado —incluso en términos absolutos— en las zonas que anteriormente habían tenido la fecundidad más baja. Los cálculos efectuados con datos incompletos⁷ (Pantelides, 1989) muestran que la descendencia completa de las cohortes de mujeres que completaran su período de procreación entre 1990 y 1995 sería algo más alta que la de cohortes anteriores. Los cálculos realizados para el presente documento con datos más completos, ahora disponibles, arrojan resultados muy similares: las mujeres que completaron su período de procreación de 1980-1985 a 1990-1995 tenían un promedio de 3,06 hijos, mientras que las que completaron su descendencia entre 1995 y 2000 tenían 3,12, y la cohorte siguiente de 5 años todavía tendrá una tasa, superior a la media, de 3,09 hijos. Justo es reconocer que la diferencia es pequeña y los datos de población usados son todavía proyecciones basadas en el censo de población de 1991, que pueden cambiar.

Como ya se ha señalado, el cambio ascendente era más acentuado en las zonas donde la fecundidad ya era más baja. Una estimación para la ciudad de Buenos Aires (Pantelides, 1989), basada en el supuesto de que la fecundidad de las cohortes de más

4 Los datos no se muestran aquí. Véase Pantelides (1984b, 1986, 1996).

5 Aunque en el caso de la Argentina la edad al contraer matrimonio estimada a partir de la información de los registros legales sobreestima la edad de establecimiento de uniones, porque las uniones consensuales se solían legalizar al cabo de algún tiempo, y aunque la edad media de la población soltera al casarse calculada a partir de los datos censales sufre del hecho de que las personas en uniones consensuales están empadronadas como solteras (Pantelides, 1984a, 1984b), existen indicios de que en algunas zonas con fecundidad más baja, la edad al contraer matrimonio era más alta que en las zonas de fecundidad más alta.

6 Después del estudio de Princeton sabemos que esto no siempre es así.

7 Algunos de los datos para los cálculos faltaban y se tuvieron que estimar y los denominadores de las tasas eran poblaciones proyectadas.

Cuadro 2
Argentina. Tasa bruta de natalidad (TBN), tasa global de fecundidad (TGF), tasa neta de reproducción (TNR) y tasa bruta de mortalidad (TBM). Estimaciones y proyecciones^a.
Fechas seleccionadas entre 1870 y 2050

Fechas	TBN	TBM	Fechas	TGF	TNR
1870-1875	49,1	31,9	1869	6,8	
1875-1880	49,0	29,6			
1880-1885	48,9	29,8			
1885-1890	45,8	29,7			
1890-1895	44,0	28,4	1895	7,0	
1895-1900	44,5	28,9			
1900-1905	44,3	26,1			
1905-1910	42,1	22,7			
1910-1915	39,2	19,7	1914	5,3	
1915-1920	36,5	17,7			
1920-1925	34,9	15,1			
1925-1930	32,5	14,1			
1930-1935	29,0	12,5			
1935-1940	25,7	12,5			
1940-1945	25,5	11,3	1947	3,2	
1945-1950	26,3				
1950-1955	25,4	9,2		3,2	1,4
1955-1960	24,3	8,7		3,2	1,4
1960-1965	23,2	8,8		3,1	1,4
1965-1970	22,6	9,1		3,0	1,4
1970-1975	23,4	9,0		3,1	1,4
1975-1980	25,7	8,9		3,4	1,6
1980-1985	23,1	8,5		3,2	1,5
1985-1990	21,8	8,5		3,0	1,4
1990-1995	20,8	8,2		2,8	1,3
1995-2000	19,9	8,0		2,6	1,2
2000-2005	19,1	7,8		2,4	1,2
2005-2010	18,0	7,7		2,3	1,1
2010-2015	16,9	7,6		2,2	1,0
2015-2020	15,9	7,5		2,1	1,0
2020-2025	15,5	7,6		2,1	1,0
2025-2030	15,1	7,8		2,1	1,0
2030-2035	14,6	8,1		2,1	1,0
2035-2040	14,1	8,4		2,1	1,0
2040-2045	13,7	8,7		2,1	1,0
2045-2050	13,4	9,1		2,1	1,0

Fuentes: Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. En *La población de Argentina*, Alfredo E. Lattes y Zulma Recchini de Lattes, comps. Buenos Aires: Series CICRED, págs. 29 a 66.

CEPAL/CELADE (2001). América Latina: Fecundidad 1950-2050. *Boletín Demográfico* (Santiago de Chile) No. 68. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.

Pantelides, Edith A. (1996). A Century and a quarter of fertility change in Argentina: 1869 to the present. En *Fertility Transition in Latin America*, José Miguel Guzmán, Susheela Singh, Germán Rodríguez y Edith A. Pantelides, eds. Oxford: Clarendon Press.

Rothman, Ana María (1973). La fecundidad en la Argentina entre 1869 y 1970. En *Temas de población de la Argentina. Aspectos demográficos*. CELADE. Buenos Aires: CELADE, págs. 41 a 62.

Torrado, Susana (1970). Natalidad y fecundidad en la Argentina desde fines del siglo XIX. En *Conferencia regional latinoamericana de población*. UIECP, México, D.F.: UIECP, págs. 278 a 283.

Arretx, Carmen; Rodolfo Mellafe y Jorge Somoza (1977). Estimación de la fecundidad mediante el método de los hijos propios. Aplicación a datos de la Argentina en 1895. *Notas de población* (Santiago de Chile), vol. V, No. 14, págs. 83 a 108.

^a Hipótesis media.

edad que todavía no habían completado su descendencia sería igual al valor histórico más bajo registrado para cada edad (subestimación probable de su nivel verdadero), arrojó una descendencia completa de 1,75 hijos para 1980, 1,82 para 1985, 2,01 para 1990 y 2,14 para 1995. Por tanto, podemos afirmar, tentativamente, que el aumento de la tasa bruta de natalidad reflejaba, al menos en parte, un aumento de la fecundidad.

La última de las características de las tendencias de la fecundidad en la Argentina, que ya hemos mencionado, a saber, la interrupción del descenso durante un período prolongado de tiempo, también se muestra en el cuadro 2. Entre la primera mitad del decenio de 1940 y la primera mitad del de 1970 no se registraron cambios en la tasa global de fecundidad, que posteriormente reanudó su lenta tendencia descendente. Las ligeras oscilaciones observadas se deben probablemente a las variaciones en la mortalidad, como indican los cinco quinquenios sin cambios en las tasas netas de reproducción.

LO QUE NOS TRAERÁ EL FUTURO

Según las estimaciones y las proyecciones de la hipótesis media de las Naciones Unidas (CEPAL/CELADE, 2001) que se presentan en el cuadro 2, la Argentina ha terminado prácticamente su transición de la fecundidad, con una tasa neta de reproducción de 1,2 para el período de 2000 a 2005, y alcanzará la fecundidad de reemplazo exacto de cohortes en el período de 2010 a 2015 (tasa neta de reproducción de 1,0). Sin embargo, dados sus niveles de tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad, la población continuará creciendo después de la mitad del siglo. Las proyecciones de las hipótesis baja y alta no suponen una gran diferencia en el caso de la Argentina, dada su fecundidad ya baja.

¿Son estas proyecciones adecuadas? Es difícil decir, pero examinemos algunos de los factores que podrían modificar la tendencia prevista.

Las modalidades de nupcialidad

Los cambios en las modalidades de nupcialidad podrían afectar a la fecundidad a través de cambios en la edad de establecer uniones estables o en la proporción del celibato definitivo, con el consiguiente cambio de la duración del período de exposición al riesgo de concebir. También podrían afectar a la fecundidad si se produjeran cambios en la proporción de las uniones consensuales, si las uniones legítimas y consensuales tuvieran diferentes niveles de fecundidad. Algunos de estos cambios pueden haber estado ocurriendo, pero son muy difíciles de documentar, como se ha señalado anteriormente, hasta que se publiquen los datos del censo de población de 2001.

En la Argentina casi no existen trabajos de investigación sobre las modalidades de matrimonio. No obstante, se han hecho algunos trabajos con datos procedentes del registro civil y de encuestas de hogares para la ciudad de Buenos Aires. El comportamiento de la población de esta ciudad ha estado siempre en la vanguardia y ha mostrado el camino a otras ciudades y, al final, parece que el resto de la población del país acaba por imitarla, y así se debe interpretar. Según Mazzeo (s.f.) y Pantelides (1984b), en la ciudad de Buenos Aires la edad de las mujeres al contraer matrimonio legítimo siempre fue alta, entre 22 y 23 años, del decenio de 1890 a comienzos del de 1900. A partir de entonces aumentó lentamente hasta llegar a ser de 28,6 años para 1999 (Mazzeo, s.f., cuadro 4). Pero las encuestas de hogares tomadas a partir de 1990, muestran un aumento constante de la proporción de uniones consensuales del 7,6% en 1990 al 13,7% en 1999. La edad del establecimiento de uniones consensuales es, con más probabilidad, más baja en promedio que la del matrimonio legítimo, de manera que el panorama general puede ser uno en que la edad de establecer las uniones no ha cambiado mucho. Ahora bien, si muchas uniones consensuales son un paso previo al matrimonio y si esto significa una postergación de la procreación, entonces el panorama sería de retraso general de la procreación.

La edad al tener el primer hijo

¿Pero, se posterga realmente la maternidad en las uniones consensuales o en cualquier estado? Una vez más, con respecto a la ciudad de Buenos Aires, Mazzeo (s.f., cuadro 3), muestra un aumento constante de nacimientos fuera del matrimonio (hijos de mujeres solteras o de madres en uniones consensuales). De 1960 a 1999 la proporción de nacimientos extramaritales aumentó más del triple. Sin embargo, la edad media al tener el primer hijo, calculada a partir de datos del registro civil para todo el país ha permanecido constante en 27 años desde 1980.

Cambios de composición

¿Podría haber algún cambio en la composición de la población que afectase a la fecundidad?

Examinemos los posibles efectos de las tendencias de migración. El censo de 2001 nos dirá si la inmigración —en edad de procrear, en su mayor parte— procedente de países con fecundidad más alta que la de la Argentina (Bolivia, Paraguay y Perú) ha mostrado una creciente tendencia a aumentar, como las pruebas anecdóticas parecen indicar. Todavía necesitaremos saber si su fecundidad en la Argentina se acercará a la de su país de origen o a la de su país de acogida. Ahora bien, la situación ha cambiado, debido a la profunda crisis económica y su efecto en la relación del peso al dólar. Con los nuevos tipos de cambio, más altos, para los emigrantes que necesitan enviar remesas a su casa ya no es ventajoso permanecer en la Argentina. Una vez más, las pruebas anecdóticas parecen indicar el comienzo de una corriente inversa. De confirmarse este hecho, la composición de la población podría ser más propicia a una fecundidad más baja. La emigración de argentinos, en su mayor parte individuos instruidos de las zonas urbanas, que ha ido en aumento en los 2 últimos años (aquí tampoco disponemos de datos fiables, pero existen abundantes pruebas de una creciente demanda de pasaportes y visados que permitiría la emigración), podría actuar en el sentido opuesto y provocar una disminución de la población que, aunque en edad de procrear, tiene una fecundidad baja.

La educación y la participación en la fuerza laboral de la mujer

Trabajos recientes de Wainerman (de próxima aparición) muestran que las tasas de participación en la fuerza laboral de mujeres de todos los grupos de edad, excepto el de 14 a 19 años, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (donde se concentra una tercera parte de la población del país) han estado aumentando constantemente, al menos desde 1980. Entre las mujeres en edad de procrear (de 20 a 44 años), estas tasas eran de alrededor del 62% en el año 2000. Además, los datos de Wainerman indican que se ha registrado un aumento constante en la proporción de hogares en los que la mujer trabaja y de aquellos en que el hombre está en el paro y la mujer está trabajando, ambas tendencias compatibles con una creciente participación de las mujeres casadas en la fuerza laboral. Si continúa la tendencia de creciente actividad económica de la mujer, en particular de la mujer casada, y conduce a una fecundidad más baja, las expectativas son que las reducciones de fecundidad continuarán en el futuro.

La tasa de analfabetismo de hombres y mujeres era, aproximadamente, de un 4% en el censo de población de 1991. Para entonces, la tendencia hacia un aumento de la matrícula escolar (en todos los niveles) y de mayor proporción de mujeres que hombres que terminaban los cursos ya era evidente. Esta situación no ha cambiado, pero existen indicios de un creciente abandono de los estudios debido a la crisis económica. Es difícil decir qué efecto tendrá en la fecundidad. Ahora bien, algunos trabajos de investigación indican que el comportamiento de riesgo que conduce al embarazo es más frecuente entre las adolescentes que no están escolarizadas (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995) y, dado que ahora alrededor del 14% de los nacimientos se producen entre madres adolescentes, un aumento de la fecundidad de este grupo de edad puede dar por resultado un aumento de la fecundidad global.

El uso de anticonceptivos

Aunque no existen buenos datos sobre el conocimiento y uso de la anticoncepción en la Argentina por falta de una encuesta a escala nacional, la investigación que se extiende a las subpoblaciones (Geldstein y Schufer, 2001; López, 2000; López y Tamargo, 1995; Panteledes, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995) muestra que el conocimiento de la anticoncepción ya está muy extendido entre las personas entrevistadas (hombres y mujeres adolescentes, y adultos jóvenes, tanto hombres como mujeres, en edad de procrear, del área metropolitana de Buenos Aires)⁸. El uso de la anticoncepción, aunque no tan generalizado, es considerable en esas subpoblaciones. Se espera que este uso siga aumentando, a menos que las condiciones económicas sean tan difíciles que impidan hacer el gasto de los anticonceptivos. Habida cuenta de que la crisis económica ha afectado tanto el ingreso y los ahorros de los individuos como la compra de medicamentos y otros suministros para hospitales, el resultado puede ser un aumento de nacimientos no deseados entre los pobres y la clase media baja a quienes sirven estos hospitales.

⁸ En el área metropolitana de Buenos Aires se concentra una tercera parte de la población de la Argentina.

Políticas y programas de población

La política de población de la Argentina nunca ha promovido el control de la natalidad. Ha pasado de una ardiente defensa de la natalidad a un descuido benigno (Novick, 1996). Las leyes sobre salud genésica no han conseguido la aprobación del Congreso Nacional. Sin embargo, fueron aprobadas en unas pocas provincias y en la ciudad de Buenos Aires y 15 provincias tienen ahora leyes o programas de higiene de la procreación. No obstante, la promulgación de estas leyes o programas no ha significado la asignación de fondos adecuados o la adopción de medidas para la facilitación gratuita de anticonceptivos a la población que no puede comprarlos. Por otra parte, el comportamiento de la población con respecto a la anticoncepción no parece haber estado afectado por la oposición de la Iglesia Católica al control de natalidad o la política pública, excepto, tal vez, durante el período (1974 a 1983) en que estuvo en vigor la prohibición (que afectó principalmente a los servicios públicos y de seguridad social) de facilitar o recomendar la anticoncepción. La prohibición afectó a los más pobres, ya que las clases alta y media podían comprar anticonceptivos abiertamente o con el pretexto de regular la menstruación.

La políticas económicas, más bien que las de población, pueden haber sido la causa de los dos incrementos temporales de tasas brutas de natalidad (y de fecundidad en el episodio más reciente) que ya hemos analizado. Aunque sus causas no se entienden bien, coincidieron con la llegada al poder de gobiernos populistas que redistribuyeron el ingreso a favor de las clases más bajas de la sociedad, a través de salarios más altos, planes de vivienda, seguridad social y prestaciones de salud. Esta clase de política no se volvió a repetir. Al contrario, en los últimos 12 años, las políticas económicas han dado por resultado altas tasas de desempleo (que no han bajado del 16% en los últimos 4 ó 5 años) y una proporción sin precedentes de población (estimada en un 40% para el año 2001⁹) por debajo del nivel de pobreza. Si la causa de los incrementos temporales fue la sensación de que el futuro estaba asegurado, la fecundidad no aumentará, sino que disminuirá más de lo que se prevé en las proyecciones de la hipótesis media.

⁹ Esta estimación se basa en datos inéditos de la última encuesta de hogares (octubre de 2001) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), mediante el uso de la metodología de la "línea de pobreza".

Qué se puede esperar

El análisis anterior de distintos posibles determinantes de tendencias de fecundidad no ha presentado un cuadro claro de la dirección futura de estas tendencias, ya que el efecto de algunos factores queda neutralizado por el efecto opuesto de otros. El panorama económico y social de la Argentina está cambiando rápidamente y en direcciones hasta ahora inexploradas. Ahora bien, el largo historial de reducción de la fecundidad ha establecido normas y comportamientos que tienen, desde nuestro punto de vista, una fuerte inercia, y la fecundidad probablemente continuará disminuyendo. La persistencia de valores positivos respecto a la familia y la paternidad y de la creencia de que tener hermanos es

favorable para el desarrollo de los niños, por una parte, y los enclaves de pobreza más extensos (con su fecundidad más alta), por otra, probablemente mantendrán la fecundidad por encima de reemplazo durante otros 10 ó 15 años, como indica la hipótesis media de las proyecciones de las Naciones Unidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arretx, Carmen, Rodolfo Mellafe y Jorge Somoza (1977). Estimación de la fecundidad mediante el método de los hijos propios. Aplicación a datos de la Argentina en 1895. *Notas de Población* (Santiago de Chile), vol. V, No. 14, págs. 83 a 108.
- Bongaarts, John, y Griffith Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 24, No. 2, págs. 271 a 291.
- Celton, Dora (1987). *La población de la provincia de Córdoba a fines del siglo XVIII*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- CEPAL/CELADE (2001). América Latina: Fecundidad 1950-2050. *Boletín Demográfico* (Santiago de Chile) No. 68. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
- Collver, O. Andrew (1965). *Birth Rates in Latin America: New Estimates of Historical Trends and Fluctuations*. Berkeley, California: Universidad de California, Instituto de Estudios Internacionales, Research Series No. 7
- Cuba, Centro de Estudios Demográficos (s.f.). *La Población de Cuba*. La Habana: Series CICRED.
- Ferreira, María del Carmen (1989). Nupcialidad y fecundidad en una ciudad americana durante el siglo XVII: el caso de Córdoba (Argentina). Documento presentado en el Congress of the History of the Population in Latin America, organizado por ABEP, UIECP y CELADE. Ouro Preto, Brasil, del 2 al 6 de julio.
- Geldstein, Rosa N., y Marta L. Schufer (2001). Percepciones y comportamientos de los varones jóvenes en el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas. El caso del Área Metropolitana de Buenos Aires. Informe final de la investigación presentado al HRP/OMS.
- Gutiérrez Roldán, Héctor (1975). *La Población de Chile*. París: Series CICRED.
- Knodel, John E. (1974). *The Decline of the Fertility in Germany, 1871-1939*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. En *La Población de Argentina*, Alfredo E. Lattes y Zulma Recchini de Lattes, comps. Buenos Aires: Series CICRED, págs. 29 a 66.
- Lesthaeghe, Ron J. (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- López, Elsa (2000). Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires. En *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. Edith A. Pantelides y Sarah Bott, eds. Buenos Aires: Biblos/OMS, págs. 17 a 36.
- López, Elsa, y M. Tamargo (1995). La salud de la mujer. En *Infancia y condiciones de vida*, INDEC. Buenos Aires: INDEC, págs. 163 a 197.
- Mazzeo, Victoria (s.f.). *Comportamiento de la nupcialidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 1890-1999*. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, Imprenta Municipal, Serie Estudios Especiales 2.
- Mychaszula, Sonia, Edith A. Pantelides y Ana María Foschiatti (1989). La fecundidad en la ciudad de Corrientes a principios del siglo XIX. Documento presentado en el Congress of the History of the Population in Latin America, organizado por ABEP, UIECP y CELADE, Ouro Preto, Brasil, del 2 al 6 de julio.
- Novick, Susana (1996): Cambios recientes en la política de población en la Argentina. En *La salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*, Liliana Findling y Ana María Mendes Diz, comps. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Colección Sociedad No. 3, págs. 39 a 51.
- Oficina del Censo de los Estados Unidos (1980). *Statistical Abstract of the United States: 1980*. Washington, DC.
- Pantelides, Edith A. (1983). La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo. *Desarrollo Económico* (Buenos Aires), vol. 22, No. 88, págs. 511 a 534.

- Pantelides, Edith A. (1984a). *Análisis y propuesta de corrección de la información censal sobre estado civil en los cuatro primeros censos nacionales argentinos*. Buenos Aires: CENEP, Serie Estadísticas Demográficas.
- Pantelides, Edith A. (1984b). *The Decline of Fertility in Argentina, 1869-1947*. Tesis doctoral presentada ante la Facultad de la Graduate School de la Universidad de Texas en Austin. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International.
- Pantelides, Edith A. (1986). Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad de la Argentina. *Estudios migratorios latinoamericanos* (Buenos Aires), vol. 1, No. 3, págs. 351 a 356.
- Pantelides, Edith A. (1989). *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP No. 41.
- Pantelides, Edith A. (1996). A century and a quarter of fertility change in Argentina: 1869 to the present. En *The Fertility Transition in Latin America*, José Miguel Guzmán, Susheela Singh, Germán Rodríguez y Edith A. Pantelides, eds. Oxford: Clarendon Press, págs. 345 a 358.
- Pantelides, Edith A. (1997). Diferenciales de fecundidad en la transición demográfica. En *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial*, Tandil, Argentina: PROPIEP.
- Pantelides, Edith A., Rosa N. Goldstein y Graciela Infesta Domínguez (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP No. 51.
- Pellegrino, Adela, y Raquel Pollero (1998). Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo, 1889-1975. Documento presentado en el Seminary on Changes and Continuity in American Demographic Behaviours: The Five Centuries' Experience, organizado por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y la Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina, del 27 al 29 de octubre.
- Rothman, Ana María (1973). La fecundidad en la Argentina entre 1869 y 1970. En *Temas de población de la Argentina. Aspectos demográficos*. Buenos Aires: CELADE, págs. 41 a 62.
- Ryder, Norman B. (1983). Cohort and period measures of changing fertility. En *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Rodolfo A. Bulatao y Ronald D. Lee, eds. Nueva York: Academic Press, págs. 737 a 756.
- Torrado, Susana (1970). Natalidad y fecundidad en Argentina desde fines del siglo XIX. En *Conferencia Regional Latinamericana de Población*, UIECP, México, D.F.: UIECP, págs. 278 a 283.
- Wainerman, Catalina (de próxima aparición). Familia y trabajo. La reestructuración de las fronteras de género. En *Familia y trabajo. Recreando relaciones de género*, Catalina Wainerman, comp. Buenos Aires: UNICEF/Fondo de Cultura Económica.

¿Cuánto tardará Bangladesh en alcanzar la fecundidad de reemplazo?

El papel de la educación y los servicios de planificación de la familia*

Mizanur Rahman**, Julie DaVanzo*** y Abdur Razzaque****

INTRODUCCIÓN

El rápido descenso de la fecundidad, de 6,5 a 3,3 nacimientos por mujer en los dos últimos decenios en Bangladesh, constituye realmente un hito en la transición demográfica. El país es pobre y ha mantenido su carácter tradicional y conservador. Aunque el grado y la rapidez del descenso de la fecundidad han sido sumamente impresionantes a juzgar por las normas internacionales, el continuo descenso de la fecundidad es deseable, ya que el hacinamiento de la población, la degradación ambiental, la migración masiva de las zonas rurales a los entornos urbanos no planificados y el rápido agotamiento de los recursos se están agudizando. No obstante, los últimos datos estadísticos indican que, pese al continuo aumento del uso de anticonceptivos, el descenso de la fecundidad en Bangladesh se ha estancado: tres encuestas demográficas y de salud sucesivas muestran tasas globales de fecundidad de 3,4, 3,3 y 3,3 de 1991 a 1993, de 1994 a 1996 y de 1997 a 1999, respectivamente. El uso de anticonceptivos aumentó durante el mismo período del 45% de 1993 a 1994 al 54% de 1999 a 2000 (Mitra y otros, 2001).

El presente documento tiene por objeto estudiar la posibilidad de que se produzcan reducciones adicionales de fecundidad en Bangladesh, con especial atención a la función que en este aspecto pudieran desempeñar la mejora de la educación de la mujer y los servicios de planificación de la familia. En particular, tratamos de estimar cuánto tiempo y qué condiciones se necesitarán para que Bangladesh alcance la fecundidad de reemplazo (2,1 hijos por mujer). Empezamos por hacer un breve repaso del desarrollo programático, la evolución de la política y la transformación económica y social de Bangladesh, que pudieran haber influido en las estrategias de formación de la familia de las parejas. Seguidamente describimos los datos y métodos que utilizamos. A continuación, tratamos de proyectar un marco cronológico de cuándo la fecundidad puede alcanzar el nivel de reemplazo.

Por último, examinamos posibles obstáculos futuros a las reducciones adicionales de fecundidad. La hipótesis de variante media de la proyección de las Naciones Unidas indica que Bangladesh alcanzará la fecundidad de reemplazo alrededor de 2025 (Naciones Unidas, 2001). También evaluamos si nuestro análisis llega a conclusiones semejantes.

POSIBLES RAZONES DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN BANGLADESH: FACTORES DE OFERTA Y DEMANDA

El número de hijos que tienen las parejas se puede considerar como el resultado de su demanda y de la oferta de regulación de la fecundidad. En este marco, la demanda de regulación de la fecundidad se deriva del tamaño deseado de familia. Las parejas tienen

* La investigación presentada en el presente documento ha sido financiada parcialmente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, a través del Proyecto POLICY II del The Futures Group International.

** Pathfinder International, Watertown, Massachusetts, Estados Unidos de América.

*** RAND, Santa Mónica, California, Estados Unidos de América.

**** Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas, Bangladesh, Centre for Health and Population Research, Bangladesh.

una demanda de regulación de la fecundidad si desean tener menos hijos o proyectan posponer el nacimiento de sus hijos o tenerlos a intervalos más prolongados de lo que sería el caso de no realizar ningún intento (por ejemplo, postergación o menor frecuencia de las relaciones sexuales, uso de anticoncepción, aborto) de regular su fecundidad. El tamaño deseado de la familia y el calendario y el espaciamiento de los nacimientos están sujetos a la influencia de factores tales como el valor de los hijos (tanto cuando son jóvenes, por ejemplo para trabajar en el hogar o en la explotación agrícola familiar, como para prestar apoyo a los padres en la vejez), los costos monetarios de criar a los hijos (por ejemplo, los gastos por concepto de alimentos, vivienda, ropa, matrícula escolar) y el costo en tiempo (los costos de oportunidad de tiempo de los padres).

Se ha afirmado que el principal mecanismo detrás del descenso de la fecundidad que se ha registrado en Bangladesh ha sido el aumento del uso de anticonceptivos, del 7% en 1975 al 54% para 2000. También se ha dicho que, además de poner la anticoncepción al alcance de las parejas ya interesadas en controlar su fecundidad, el programa de planificación de la familia de Bangladesh contribuyó a un cambio de ideas en favor de familias más pequeñas y a un cambio de actitud de las parejas respecto del uso de anticonceptivos modernos (Cleland y otros, 1994). En apoyo de este argumento, Carty y otros (1993) han señalado que Bangladesh ha mantenido un compromiso político firme y continuo con un programa eficaz de planificación de la familia. Todos los gobiernos que han ocupado el poder desde que el país obtuvo su independencia (en 1971) han concedido un alto grado de prioridad a la reducción de la elevada tasa de crecimiento de la población del país, que era del 3% al año en el decenio de 1970. A partir de 1973, el gobierno ha recibido un fuerte apoyo de las agencias donantes internacionales para intensificar las actividades del programa de planificación.

Se ha entablado un debate en torno al papel que ha desempeñado el cambio socioeconómico en el descenso de la fecundidad registrado en Bangladesh. Caldwell y otros (1999) muestran que se han producido considerables cambios económicos y sociales en el país y sostienen que estos cambios han modificado las actitudes de las parejas respecto al tamaño de la familia, de tal modo, que han conducido a un descenso de la fecundidad. Algunos de esos cambios se citan a continuación:

- Se ha registrado un enorme crecimiento de la infraestructura urbana en el país, en particular carreteras, lugares comerciales, vivienda y otros.
- El tamaño de la población urbana aumentó un 5% al año, frente a un 1% de crecimiento de la población rural. En 1997, el 20% de la población vivía en zonas urbanas, frente a un 13% en 1985.
- Entre 1976 y 1986 el número de aldeas que disponían de electricidad se cuadruplicó, el número de doctores se triplicó y el de enfermeras se quintuplicó.
- El índice de desarrollo humano¹ aumentó un 45% entre 1960 y 1990.
- Los cambios en la estructura agraria han liberado a más niños y les ha permitido asistir a la escuela. El aumento ha sido especialmente importante en el caso de las niñas. Mientras que sólo la mitad de las niñas en edad de asistir a la escuela primaria estaban escolarizadas en el decenio de 1980, para el de 1990 prácticamente todas las niñas de este grupo de edad lo estaban.
- Más de un millón de mujeres jóvenes trabajan ahora en fábricas de prendas de vestir en las dos ciudades más populosas del país (Dhaka y Chittagong).
- Un gran número de personas en edad de trabajar emigra al extranjero, en particular al Oriente Medio, y envía remesas que ayudan a la economía local.

Sin embargo, Cleland y otros (1994), sostienen que estos cambios en estructura económica, urbanización, participación de la mujer en las actividades económicas y educación eran suficientes, pero no necesarios para la transición de la fecundidad que tuvo lugar en Bangladesh.

Como se ha mencionado anteriormente, la fecundidad parece haberse nivelado a partir de 1992 en Bangladesh. Los determinantes programáticos, económicos y sociales

¹ El IDH, de uso muy común, se calcula sobre la base de la esperanza de vida, la tasa de alfabetización y el PIB real per cápita.

de esta nivelación todavía no se comprenden bien, aunque, en parte, este fenómeno aparente puede estar relacionado con cuestiones de medición² (Islam y otros, 2001). Esta nivelación da lugar a un debate en torno a qué otros cambios se necesitan para que Bangladesh alcance la fecundidad de reemplazo.

En el presente documento tratamos de arrojar luz sobre esta cuestión mediante tres preguntas:

¿Existen en Bangladesh subgrupos socioeconómicos que ya tienen una fecundidad de reemplazo? En caso afirmativo, si en el futuro un mayor contingente de la población es como los grupos que tienen fecundidad de reemplazo, este cambio de composición de la población debería conducir a descensos de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo.

- *¿Cómo se compara la “fecundidad deseada” de las parejas con el número de hijos que es probable que tengan?* Si las parejas desean tener menos hijos de los que realmente están teniendo, es de suponer que unos mejores servicios de planificación de la familia podrán ayudar a reducir la procreación no deseada y conducir a reducciones de la fecundidad.
- *¿Cómo se compara la fecundidad de una zona con mejores servicios de planificación de la familia con otra de una zona similar con servicios gubernamentales estándar?* Esta comparación demostrará la medida en que, cuando todos los demás factores son iguales, unos mejores servicios de planificación de la familia pueden afectar la fecundidad.

DATOS Y MÉTODOS

Los datos que hemos utilizado proceden de dos fuentes. Para responder a las preguntas primera y segunda, hemos utilizado datos de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh de 1999-2000, muestra representativa nacional de 10.544 mujeres en edad de procrear. Usamos esos datos para estudiar la relación de la educación y la fecundidad real y deseada y examinar las tendencias en educación en Bangladesh.

La educación en la muestra de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh está agrupada en cuatro categorías: sin estudios, con rudimentos de educación primaria, con educación primaria completa, con educación secundaria. El grupo de educación secundaria está integrado por mujeres que tienen 6 años o más de estudios.

También hemos utilizado datos del Matlab Demographic Surveillance System (DSS). Matlab es un subdistrito rural característico de Bangladesh; el estilo de vida, las circunstancias económicas y sociales y el grado de instrucción de la población de Matlab son similares a los de la mayor parte de las zonas rurales del país. El DSS, cuya gestión corre a cargo del Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas, Bangladesh (ICDDR.B) ha recopilado datos sobre el desenlace de los embarazos en dos zonas similares en todos los demás aspectos, las zonas de “tratamiento” y de “comparación”, desde 1966. La zona de comparación es típica de gran parte de Bangladesh en práctica anticonceptiva (ICDDR.B, 2002) y fecundidad (Mitra y otros, 1994). En el presente documento utilizamos datos de cerca de 33.000 nacimientos que ocurrieron entre, aproximadamente, 318.000 mujeres-años en Matlab entre 1995 y 2000. El DSS incluye datos sobre el desenlace de los embarazos (nacimientos vivos, mortinatalidad, abortos espontáneos y abortos provocados), fallecimientos, migración y uniones maritales. El DSS también lleva a cabo ocasionalmente censos, para recopilar datos socioeconómicos; el último censo se realizó en 1996. En el presente documento utilizamos datos sobre educación y espacio familiar del censo de 1996.

El proyecto de salud maternoinfantil y planificación de la familia de Matlab (SMI-PF) brinda la oportunidad de esclarecer el probable efecto de las mejoras en cuanto a disponibilidad y calidad de los servicios de planificación de la familia. A partir de 1977, el proyecto de SMI-PF, en el sector de tratamiento, ha prestado servicios de planificación de la familia más accesibles y de mejor calidad que los servicios públicos estándar prestados en la zona, de otro modo similar, de comparación. Debido a la va-

² En Bangladesh, tanto la fecundidad como la edad media de procreación están disminuyendo. La medida de períodos de la tasa global de fecundidad que se obtiene de un estudio como la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh, es poco probable que presente un cuadro auténtico del descenso de la fecundidad, a causa del efecto tanto del ritmo como del calendario del descenso de la fecundidad. La tasa global de fecundidad del período es probable que dé una subestimación de la tasa global de fecundidad por cohorte de los últimos años, cuando la fecundidad ha estado disminuyendo. Por tanto, en la situación de Bangladesh, parece que la fecundidad real por cohortes es probablemente más alta de lo que se ha estimado.

riación experimental de los servicios de planificación de la familia, los datos de Matlab ofrecen pruebas mucho más sólidas de la influencia de los programas de planificación de la familia en la fecundidad que los análisis que comparan zonas menos semejantes o distintos períodos de tiempo. El DSS ofrece datos de alta calidad sobre fecundidad para evaluar esos efectos.

Se preveía que las mujeres casadas recibirían cada dos meses (pero esto no siempre era así) la visita de auxiliares femeninas de bienestar social del programa estatal de planificación de la familia, que ofrece asesoramiento y suministra píldoras anticonceptivas y preservativos. En la zona de tratamiento, o SMI-PF, hasta 1997, las trabajadoras sanitarias de la comunidad visitaban a las mujeres en edad de procrear cada dos semanas para ofrecerles asesoramiento sobre los servicios de planificación de la familia y entregarles inyecciones, píldoras anticonceptivas y preservativos a la puerta de su casa. Entre 1966 y 1997, esas trabajadoras, empleadas por los encargados de realizar las encuestas demográficas y de salud, visitaban a cada familia cada dos semanas en ambas zonas para registrar los embarazos y cualquier desenlace de los embarazos que se hubiera producido desde la visita anterior. Desde finales de 1997, las trabajadoras han visitado a todas las familias, todos los meses, para reunir esos datos. A partir de 1999, el proyecto de Matlab ha pasado, por fases, de prestar servicios de planificación de la familia a la puerta de la casa a prestarlos en lugares fijos. Las trabajadoras sanitarias de la comunidad prestan ahora servicios de planificación de la familia desde su hogar, donde las mujeres de la aldea se reúnen para recibir esos servicios. En la zona de comparación, los servicios se prestan en centros fijos.

Además de los centros de salud y bienestar familiar estándar del Estado, que existen en ambas zonas, la zona de tratamiento también dispone de centros auxiliares de investigaciones de las enfermedades diarreicas, de Bangladesh, que prestan servicios de salud maternoinfantil y planificación de la familia. La zona del proyecto de SMI-PF se caracteriza por un mayor contacto entre clientes, trabajadores y supervisores así como mayor disponibilidad y mejor surtido de servicios anticonceptivos que la zona de comparación. Los informes de las mujeres de la zona del proyecto reflejaban una mayor accesibilidad y mejor calidad de los servicios de planificación de la familia que los de las mujeres de la zona de comparación. Las mujeres de las zonas del proyecto tendían más a informar que recibían visitas del servicio de planificación de la familia, a pasar más tiempo con las trabajadoras de planificación de la familia en esas visitas y a confiar en que recibirían buena atención en la clínica de salud o de planificación de la familia (Koenig y otros, 1992).

El promedio de hijos deseados ha sido similar en ambas zonas y descendió en tasas similares, de cerca de 4,5 en 1975 a 3,0 en 1990 (Koenig y otros, 1992) a 2,5 en 2000 (Bairagi y Datta, 2001).

A finales de 1970, el uso de anticonceptivos era muy bajo y similar en ambas zonas, mientras que para mediados del decenio de 1990 era de cerca del 70% en la zona de tratamiento o SMI-PF, pero por debajo del 50% en la zona de comparación. En el cuadro 1 se comparan las tasas de fecundidad de las dos zonas y se muestra que se produjo un descenso en ambas zonas al aumentar el uso de anticonceptivos. A partir del decenio de 1980, las tasas de fecundidad han sido sistemática y considerablemente más bajas en la zona de tratamiento —que dispone de mejores servicios de planificación de la familia y tasas más altas de uso de anticonceptivos. No obstante, los datos del Demographic Surveillance System indican que las tasas de fecundidad en la zona del proyecto de SMI-PF se han estancado desde 1991 y se han mantenido en 3,0 hijos por mujer. Pese a los servicios intensivos y de calidad relativamente alta del proyecto y al amplio uso de anticonceptivos, la fecundidad no está disminuyendo más. (En la zona de comparación las tasas de fecundidad han permanecido estancadas en cerca de 3,6 desde 1995.) Algunos demógrafos (por ejemplo, Bairagi y Datta, 2001) sostienen que sin más desarrollo económico y social es muy poco probable que Bangladesh alcance la fecundidad de reemplazo. El uso de anticonceptivos y la TGF en la zona del proyecto

Cuadro 1
Tasas globales de fecundidad (TGF) y tasas de uso de anticonceptivos (TUA), por años civiles, en las zonas de Matlab de comparación y del SMI-PF y en Bangladesh

Año civil	Zona de comparación		Zona del SMI-PF		Bangladesh	
	TGF	TUA	TGF	TUA	TGF	TUA
1987	5,4		4,2	51,3	4,8	
1988	5,4		3,8	52,5		
1989	4,9		3,4	58,8		30,8
1990	5,0	27,9	3,4	60,6	4,3	
1991	4,3		3,0	61,1		39,9
1992	4,0	30,3	3,0	61,1	3,4	
1993	3,8		2,9	62,7		44,6
1994	3,8		3,0	65,6		
1995	3,6		2,9	68,6	3,3	
1996	3,5	46,9	2,7	68,1		49,2
1997	3,4		2,8	67,4		
1998	3,6		3,0	68,8	3,3	53,8

Fuentes: Los datos de Matlab se han tomado del Demographic Surveillance System, y los datos de Bangladesh de las encuestas demográficas y de salud de 1999-2000 de Bangladesh (Mitra y otros, 2001)

de SMI-PF se ha quedado estancado desde hace casi 10 años. El proyecto no ha podido diseñar estrategias eficaces que conduzcan a nuevas reducciones de la fecundidad.

Utilizamos los datos del Demographic Surveillance System para calcular las TGF por educación y condiciones económicas. Agrupamos la educación en cuatro categorías: Sin estudios, de 1 a 5 años de estudios, de 6 a 9 años de estudios y de 10 y más años de estudios. A estos grupos los llamamos “sin estudios”, “primario”, “secundario de primer ciclo” y “secundario de segundo ciclo”. El espacio familiar se toma como indicador de la situación económica de la familia. Hemos clasificado a las familias como económicamente bajas, medias y altas, según el espacio familiar³ de que disponen. En Bangladesh el espacio familiar es probable que esté directamente relacionado con el ingreso familiar y numerosos estudios en Matlab han comprobado la existencia de una relación entre comportamientos demográficos y espacio familiar (véase, por ejemplo, D’Souza y Bhuiya, 1982). El número de mujeres-años entre las edades de 15 y 49 que se incluyen en nuestro análisis se muestra en el Apéndice A para la zona de comparación, según la educación y el espacio familiar. Tenemos muestras bastantes amplias, excepto para el grupo de educación secundaria de segundo ciclo; el tamaño de las células varía de 748 a 40.000 durante el período de 1995 a 2000.

Las zonas de comparación y tratamiento de Matlab son comparables en lo que respecta a educación y condiciones económicas (LeGrand y Phillips, 1996). En 1995, el 27% y el 30% de las mujeres tenían alguna educación secundaria en las zonas de comparación y tratamiento, respectivamente. En ambas zonas, cerca de la mitad y más de una cuarta parte de las mujeres, respectivamente, están en una situación económica clasificada de baja o alta. La categoría de situación económica “baja” representa, probablemente, a los pobres de Bangladesh. Aproximadamente la mitad de las familias del país carecen de tierras y constituyen el segmento más pobre de la población.

Comparamos las tasas globales de fecundidad por grupos con los datos sobre la fecundidad deseada de las mujeres de esos mismos grupos. La TGF por grupos se refiere al número de hijos que se prevé que tendrá un grupo de mujeres, si en cada edad tienen las tasas de fecundidad por edades de su grupo correspondiente. Para el cálculo de la TGF, la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh toma en consideración los nacimientos que ocurrieron en los 3 años anteriores a la encuesta. Con respecto a cada uno de los nacimientos notificados en la encuesta, ocurridos los 3 años anteriores, la encuesta preguntó si había sido deseado o no cuando ocurrió, si fue deseado después, o si no fue deseado en ningún momento. La tasa global de fecundidad deseada (TGFD) incluye los nacimientos que la madre afirmó haber deseado cuando ocurrieron o más tarde⁴.

³ “Bajo” representa un espacio familiar de menos de 250 metros cuadrados, “medio”, de 250 a 349 metros cuadrados y “alto”, de 350 metros cuadrados o más.

⁴ La tasa global de fecundidad deseada puede sobreestimar el número de hijos que las mujeres realmente deseaban tener, ya que las informantes tienen una tendencia a declarar, después del hecho, como hijos “deseados” aquellos que al tiempo en que se produjo el embarazo no tenían intención de tener. La encuesta demográfica y de salud de Bangladesh también reúne datos sobre el tamaño ideal de la familia, que provienen de respuestas a la pregunta hipotética siguiente: Si usted pudiera volver al comienzo de su vida reproductiva ¿cuántos hijos habría deseado tener?”. Decidimos concentrarnos en la tasa global de fecundidad deseada en nuestro análisis porque se refiere a situaciones de la vida real.

- 5 Cerca del 90% de las niñas que nacen en Bangladesh tienen la probabilidad de llegar a la edad media de procrear. Eso significa que cerca de 2,2 hijos de cada 2,4 hijos de mujeres educadas alcanzaran la edad media de procrear. Ahora bien, la tasa de supervivencia es probablemente de más del 90% entre las mujeres con educación secundaria.
- 6 El tamaño ideal medio de familia, otra medida de fecundidad deseada, también indica que las mujeres educadas desean tener una familia de tamaño compatible con la fecundidad de reemplazo. En la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh, de 1999-2000, el tamaño ideal medio de la familia es sólo de 2,5 hijos para todas las mujeres de Bangladesh y de 2,3 a 2,4 para las que tienen menos de 25 años de edad. Para las mujeres de menos de 25 años es de 2,2 para las que tienen estudios superiores a los de enseñanza primaria y 2,4 a 2,5 para las demás.
- 7 En 2000, el 40% de las mujeres de 15 a 49 años de edad no tenían estudios de ningún tipo.

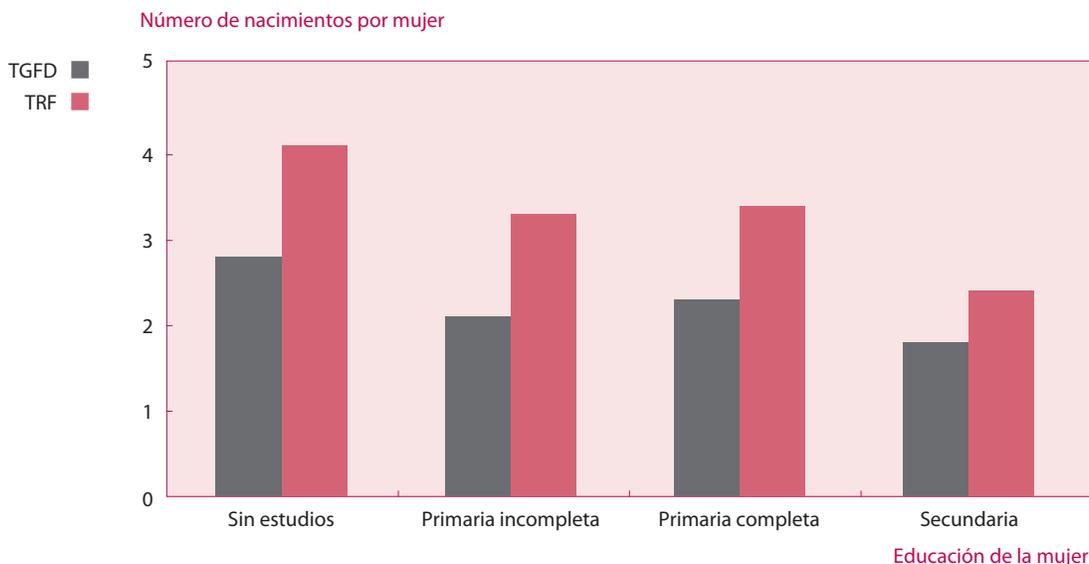
ANÁLISIS

Uno de los procedimientos de que nos valemos para comprender cuánto tardará Bangladesh en lograr la fecundidad de reemplazo consiste en constatar si existe un grupo de mujeres que ya ha alcanzado esa fecundidad. Los datos de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh de 1999-2000 muestran que la TGF de las mujeres que tenían al menos 5 años de estudios era 2,4 (gráfico 1). Dada la tasa general de mortalidad de Bangladesh, una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer no dista mucho de la fecundidad de reemplazo⁵. En cambio, las mujeres con menos de educación secundaria tienen tasas de fecundidad muy por encima del nivel de reemplazo. Las mujeres que han cursado estudios de enseñanza primaria y las que no tienen estudios tienen, en promedio, 1 y 2 hijos más que las que tienen un mínimo de 5 años de estudios.

En el gráfico 1 también se presentan datos sobre la fecundidad deseada (TGFD) de las mismas mujeres. En el cuadro se muestra que todos los grupos de educación de la mujer, excepto el de las que no tienen ninguna instrucción, desean tener una fecundidad de alrededor de reemplazo o más baja. Las mujeres que han terminado la enseñanza primaria declaran que desean tener 2,2 hijos, mientras que las que empezaron, pero no llegaron a terminar la enseñanza primaria, quieren 2,1 hijos, y las que tuvieron al menos algunos estudios secundarios (más de 5 años de escolarización) desean tener sólo 1,8 hijos. Sin embargo, la fecundidad deseada de las mujeres sin estudios es de cerca de 3 hijos, lo que quiere decir que las mujeres no alfabetizadas todavía desean tener una fecundidad superior a la de reemplazo⁶.

En todos los grupos de educación, la tasa global de fecundidad sobrepasa a la tasa global de fecundidad deseada. La diferencia es mayor en el grupo sin estudios —la tasa global de fecundidad sobrepasa a la tasa global de fecundidad deseada en 1,3 hijos— y disminuye con la educación a 0,6 en el grupo más instruido. Si podemos interpretar esta diferencia como fecundidad no deseada, podemos llegar a la conclusión de que habilitar a la mujer para que pueda evitar la fecundidad no deseada, por ejemplo, mediante mejores servicios de planificación de la familia, conduciría a tasas de fecundidad de alrededor del nivel de reemplazo para todas las mujeres, excepto las que carecen de estudios⁷. No obstante, debemos actuar con cautela al interpretar el efecto de la educación en la fecundidad sobre la base de estos resultados, sobre todo, porque la urbanización tiene un efecto de confusión en la relación entre educación y fecundidad. Las mujeres instruidas suelen residir en zonas urbanas

Gráfico 1
Tasa global de fecundidad deseada (TGFD) y tasa global real de fecundidad (TRF), por educación de la mujer. Bangladesh, 1999-2000

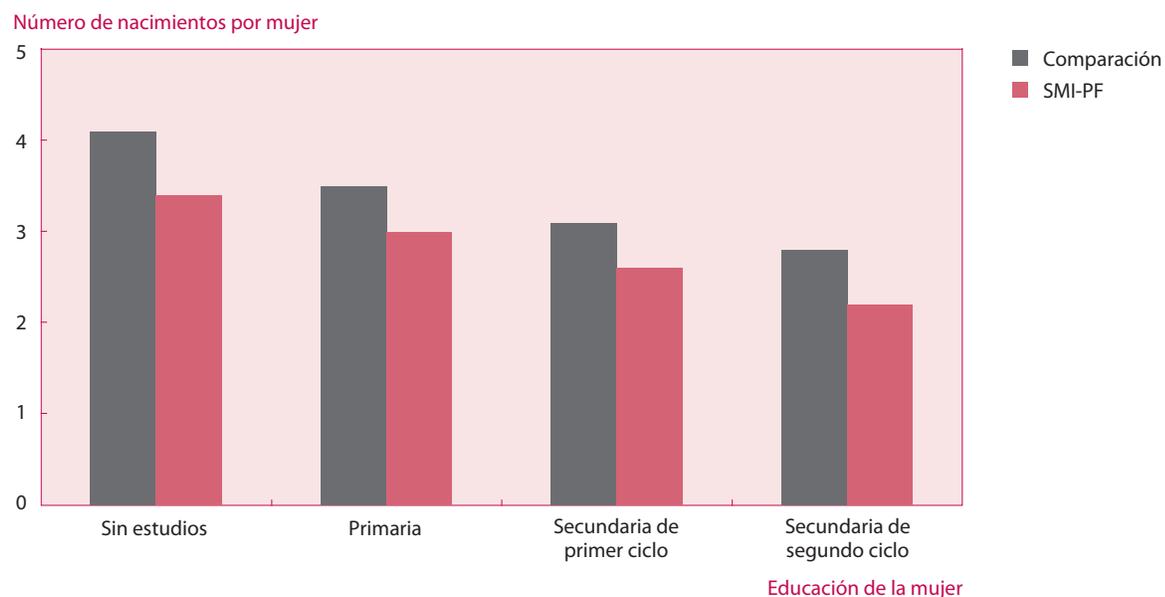


y pueden tener una fecundidad más baja debido a una mayor facilidad de acceso a servicios de planificación de la familia de calidad y a otros efectos de la modernización. Los datos de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh son representativos de todo el país e incluyen a mujeres de zonas urbanas y rurales. En 2000, cerca del 25% de la población de Bangladesh vivía en zonas urbanas.

Los datos de Matlab también revelan una estrecha relación entre educación y fecundidad en las zonas de tratamiento y de comparación. En el gráfico 2 se muestra, con respecto al período de 1995 a 2000, que las mujeres de la zona del proyecto de salud materno-infantil y planificación de la familia de Matlab, que habían cursado un mínimo de 10 años de estudios, habían alcanzado la fecundidad de reemplazo. En ambas zonas, las mujeres sin instrucción tenían a su cuenta más de un alumbramiento más que las mujeres con 10 años o más de estudios. En la zona del proyecto de salud materno-infantil y planificación de la familia, las tasas globales de fecundidad eran 2,6, 3,0 y 3,4, respectivamente, entre las mujeres con 6 a 9 años de estudios, con 1 a 5 años de estudios y sin estudios. Las mujeres en la zona de comparación que habían cursado 10 o más años de estudios tenían una tasa global de fecundidad de 2,8, mientras que las que habían cursado de 6 a 9 años de estudios, de 1 a 5 años de estudios y las que no habían tenido estudios tenían tasas globales de fecundidad de 3,1, 3,5 y 4,1, respectivamente. En todos los grupos de educación, las mujeres de la zona del proyecto tenían una fecundidad considerablemente más baja que las de la zona de comparación. El grado de diferencia no varía mucho con la educación, aunque es mayor en el grupo de las que no tienen estudios (0,7 nacimientos).

En un análisis que no se presenta aquí, comparamos los diferenciales de la educación en la fecundidad entre las zonas de tratamiento y de comparación y entre períodos de tiempo, de 1995 a 2000 y de 1983 a 1986. Al igual que en el quinquenio de 1995 a 2000, la fecundidad estaba inversamente relacionada con la educación de 1983 a 1986 en ambas zonas, aunque la fecundidad era más alta en cada nivel de educación. De 1983 a 1986, las diferencias de la educación en la fecundidad eran mayores en la zona del proyecto de SMI-PF que en la zona de comparación, lo que significa que las mujeres instruidas son las que se aprovecharon de los nuevos servicios de planificación de la familia y lograron una fecundidad baja antes que los otros grupos. Para el quinquenio de 1995 a 2000, como hemos observado, los diferenciales educativos son similares en las dos zonas.

Gráfico 2
TGF por educación de la mujer y zona. Matlab, 1995-2000



Los mejores servicios de planificación de la familia prestados en la zona de tratamiento *están* relacionados con tasas de fecundidad más bajas entre mujeres de todos los niveles de educación. Por consiguiente, el programa de planificación de la familia debe estar orientado hacia las mujeres independientemente de su educación para facilitar la reducción adicional de su fecundidad sistemáticamente alta.

La relación inversa entre fecundidad y educación es también evidente en cada categoría económica. Los datos que se presentan en el cuadro 2 muestran que en el período de 1995 a 2000 las mujeres de la zona de tratamiento que habían cursado al menos 10 años de estudios tenían 2,5, 2,0 y 2,2 hijos, respectivamente, en los grupos económicos “bajo”, “medio” y “alto” (los grupos económicos se miden aquí por espacio familiar). En la zona de comparación, los números comparables son 2,9, 2,7 y 2,8, más de medio nacimiento sobre el nivel de reemplazo.

La fecundidad varía con el grupo económico, aunque esta variación es relativamente pequeña comparada con la variación educativa de la fecundidad. En la zona de comparación, se registraban 3,8, 3,2 y 3,1 nacimientos por mujer en los grupos económicos bajo, medio y alto, respectivamente. En la zona del proyecto de SMI-PF, las tasas comparables eran 3,1, 2,7 y 2,6. Una vez que se mantiene constante el grado de instrucción de la mujer, la relación entre situación económica y fecundidad se hace muy tenue en ambas zonas. Los mejores servicios de planificación de la familia de la zona de tratamiento de Matlab *están* relacionados con tasas de fecundidad más bajas en cada categoría económica.

Los datos que acabamos de presentar indican que la educación de la mujer es probable que sea una intervención social eficaz para la reducción sostenible de la fecundidad. Ahora pasamos a examinar la tendencia en educación en Bangladesh, para ver, aproximadamente, cuánto tardará el país en lograr la educación universal de la mujer y, por ende, una tasa de fecundidad comparable a la de reemplazo.

LAS TENDENCIAS EN LA EDUCACIÓN EN BANGLADESH

Bangladesh también ha hecho grandes adelantos hacia la mejora de la educación de su población, en particular de la mujer. Dados sus escasos recursos, el gobierno se ha preocupado especialmente por la educación de las niñas. La enseñanza primaria ha sido siempre gratuita para niños y niñas en Bangladesh. A partir de 1994, a través del proyecto estatal “alimentos por educación”, se ha distribuido arroz y trigo a las familias pobres que han mantenido a sus hijos en la escuela primaria. En 1994, el gobierno estableció la enseñanza gratuita hasta el último grado de la enseñanza secundaria con carácter experimental. Recientemente, el gobierno ha establecido un programa por el que se conceden becas a las niñas hasta la enseñanza secundaria, a modo de incentivo para que cursen estudios superiores. Se espera que las becas permitan a las familias pobres proporcionar a las niñas el material didáctico, la ropa y el transporte necesarios.

Las organizaciones no gubernamentales de Bangladesh, en particular el Comité de Fomento Rural de Bangladesh (BRAC), se han hecho famosas por sus programas extra-

Cuadro 2

Tasas globales de fecundidad en las zonas de comparación (C) y del proyecto de SMI-PF (M) de Matlab, por educación y grupo económico, 1995-2000

Grupo económico	Sin estudios			1 a 5 años de estudio			6 a 9 años de estudio			10 años o más de escolaridad			Todos		
	C	M	C-M	C	M	C-M	C	M	C-M	C	M	C-M	C	M	C-M
Bajo	4,2	3,4	0,8	3,8	3,2	0,6	3,3	2,6	0,7	2,9	2,5	0,4	3,8	3,1	0,7
Medio	4,0	3,5	0,5	3,3	3,2	0,1	3,1	2,5	0,6	2,7	2,0	0,7	3,2	2,7	0,6
Alto	4,0	3,3	0,7	3,3	3,0	0,3	3,0	2,6	0,4	2,9	2,2	0,6	3,1	2,6	0,5
Todos	4,1	3,4	0,7	3,5	3,0	0,5	3,1	2,6	0,5	2,8	2,2	0,6	3,5	2,9	0,6

oficiales de enseñanza primaria, que dirigen en escuelas de bajo costo para los pobres. Debido a que los niños pobres ayudan en las actividades económicas de la familia, la escuela ajusta su programa de manera que puedan compaginar las actividades escolares con las económicas. Las escuelas extraoficiales ponen especial empeño en la educación de las niñas, a las que admiten en mayor número que a los niños. A los niños pobres se les da una educación equivalente a la primaria por un período de 4 años. Después de graduarse de esas escuelas extraoficiales, los niños pueden ingresar en las escuelas oficiales de enseñanza media y beneficiarse de las oportunidades de la educación gratuita y los programas de becas.

En los gráficos 3a y 3b presentamos las tendencias de la educación en Bangladesh por año de nacimiento de las personas que han nacido en los últimos 50 años, a la luz de los datos sobre la educación extraídos de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh de 1999-2000. En el gráfico 3a mostramos el porcentaje de individuos que han cursado al menos un año de estudios. Las tendencias de la educación tienen varias características dignas de mención. Primero, existía una gran diferencia entre la educación de niñas y niños en los primeros tiempos. Entre los niños nacidos en el decenio de 1940, las probabilidades de una niña de tener algún tipo de educación eran tres veces menores que las de un niño. Segundo, aunque los niños tenían más probabilidades de cursar algunos estudios que las niñas, su educación apenas cambió en las cohortes nacidas en los decenios de 1940, 1950 y 1960, mientras que la educación de las niñas que nacieron en esas fechas aumentó constantemente. La educación de las niñas nacidas a partir de finales del decenio de 1940 ha estado aumentando notablemente, y este aumento ha sido aun mayor en el caso de las que nacieron en los últimos decenios a partir de 1970. Desde los primeros años 70, el porcentaje de niñas que tiene uno o más años de estudios ha aumentado en 10 puntos porcentuales cada 5 años. En la cohorte de nacimientos de 1985 a 1989, la más reciente que consideramos, el porcentaje de niñas que ha cursado algunos estudios ha sobrepasado al de niños.

En el gráfico 3b se muestran tendencias de 6 o más años de escolaridad. El porcentaje de la población con ese grado de educación ha aumentado de manera espectacular en Bangladesh, en particular entre las mujeres, entre las que el crecimiento ha sido exponencial. Sólo alrededor del 5% de la cohorte que había nacido entre 1940 y 1944 había cursado 6 años o más de estudios. En cambio, más del 50% de las mujeres de la cohorte de nacimiento de 1980 a 1984 tiene 6 años o más de estudios. La educación de los hombres ha mejorado en el período objeto de consideración, pero a un ritmo mucho más lento: de más de un 30% a cerca de un 55%.

A continuación, pasamos revista a las tendencias en la educación de la mujer, ya que observamos una marcada relación inversa entre educación y fecundidad. La fecundidad disminuirá en el futuro a causa de las mejoras en la educación de la mujer. Asimismo, según los datos de la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh, las mujeres que tienen una educación superior a la enseñanza primaria, suelen tener una fecundidad de reemplazo. En la zona de tratamiento de Matlab, donde el uso de anticonceptivos es considerable, debido a su mayor accesibilidad y a la mejor calidad de los servicios, las mujeres que han cursado estudios de enseñanza secundaria de segundo ciclo han alcanzado la fecundidad de reemplazo. Un entendimiento de la mejora de la educación es probable que contribuya a la formulación de políticas de desarrollo social y reducción de la fecundidad. Dada la relación que existe entre la accesibilidad a la educación y la situación económica de la familia, examinamos las tendencias de educación en función de la situación económica⁸. En los dos gráficos siguientes ilustramos la mejora que ha experimentado la educación de las mujeres de 15 a 49 años, en la zona de comparación del Matlab, que nacieron en el período de 1945 a 1979. Recordamos al lector que las dos zonas de Matlab son comparables en cuanto a educación y condiciones económicas. Como señalamos anteriormente, un 27% y un 30% de las mujeres objeto del estudio tienen una educación superior a la enseñanza primaria en las zonas del proyecto de SMI-PF y de comparación,

⁸ Consideramos el espacio familiar de la mujer en la fecha del censo de 1996. Este no es necesariamente el grupo por espacio familiar que era pertinente a la mujer cuando estaba asistiendo a la escuela.

Gráfico 3a
Porcentaje de personas que ha cursado al menos un año de estudios, por sexo y año de nacimiento, Bangladesh, 1999-2000

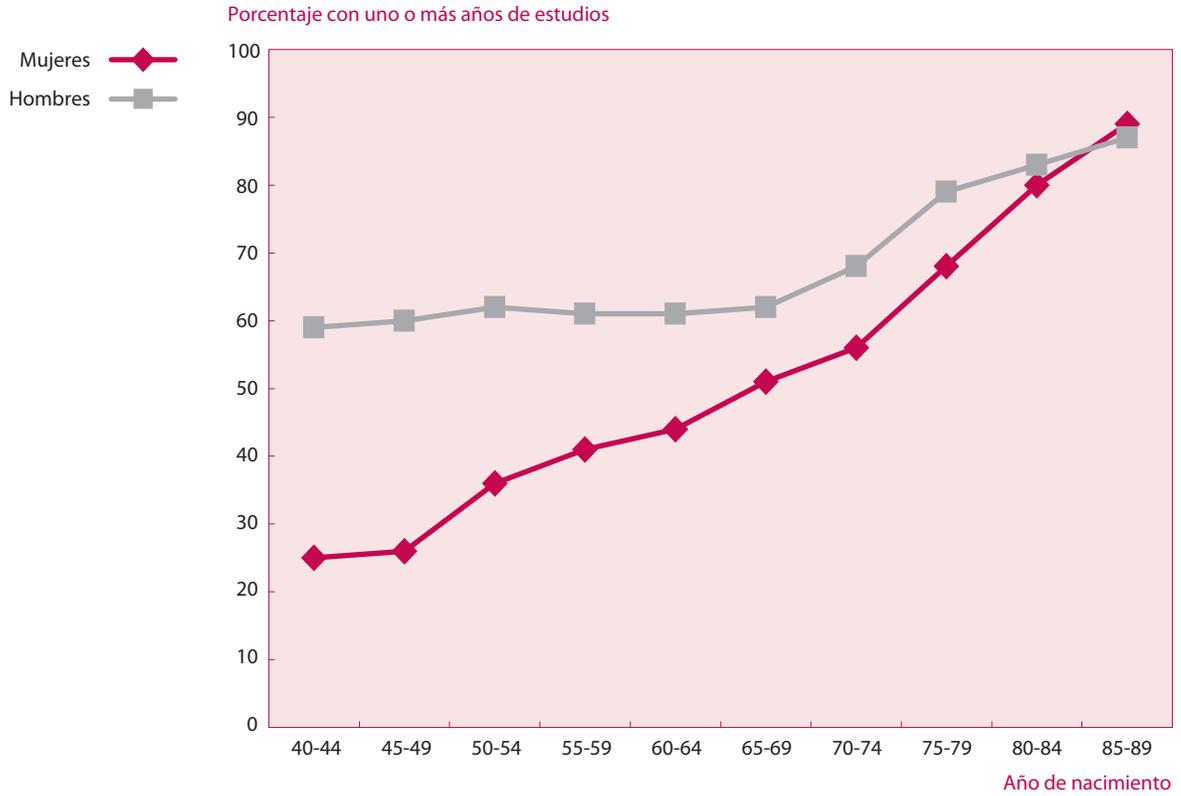
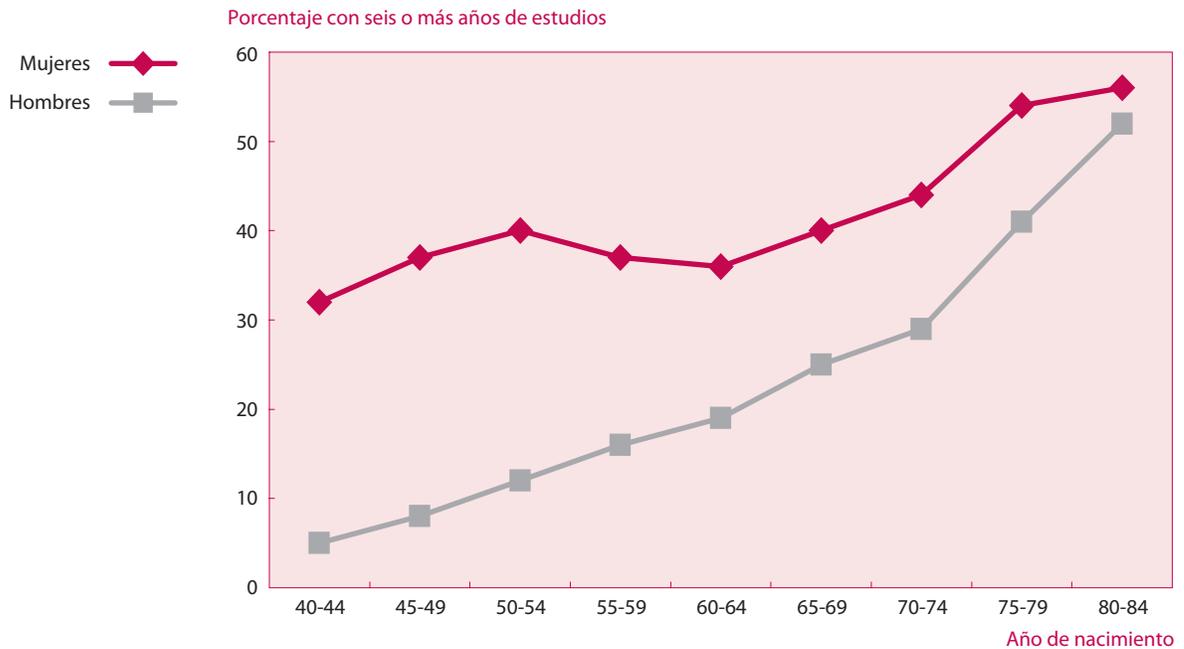


Gráfico 3b
Porcentaje de personas que ha cursado al menos 6 años de estudios, por sexo y año de nacimiento, Bangladesh, 1999-2000



respectivamente. Asimismo, un 48 y un 43% de las mujeres pertenecen al grupo económico pobre, respectivamente, de esas zonas.

En el gráfico 4 se presentan datos sobre mujeres, similares a los que aparecen en el gráfico 3, pero separadamente para nuestras tres categorías de espacio familiar, para cohortes de nacimientos de 5 años a partir de las nacidas entre 1945 y 1949. En el gráfico 4 se muestra que el porcentaje de mujeres que cursaron al menos un año de estudios ha ido aumentando con el transcurso del tiempo (es decir, es más alto entre las que nacieron en fechas más recientes) en los tres grupos económicos. En cada cohorte de nacimiento, el porcentaje de mujeres que tiene al menos un año de estudios es más alto entre las que disponen de más espacio familiar y más bajo entre las que tienen el espacio más reducido. Los aumentos del porcentaje de mujeres que tienen al menos un año de estudios han sido mayores entre las que tenían menos espacio familiar y, como resultado, las diferencias entre los grupos económicos han disminuido con el tiempo. Por ejemplo, entre las que nacieron entre 1945 y 1949, el 57% de las integrantes del grupo económico más alto tenían al menos un año de escolarización, frente a un 42% de las pertenecientes al grupo medio y sólo un 18% de las del grupo bajo. En la cohorte de nacimiento de 1975 a 1979, los porcentajes comparables son de un 93%, un 90% y un 72% (equivalente a cuatro veces el porcentaje de 30 años antes en este grupo). Los dos grupos económicamente más altos ya habían alcanzado casi la paridad en la cohorte de nacimiento más joven que consideramos.

En el gráfico 5 se muestra que el porcentaje de mujeres que han cursado al menos algunos estudios de enseñanza secundaria también aumentó considerablemente en los tres grupos económicos. En el grupo económico más alto, el porcentaje de mujeres que tenía al menos algunos estudios secundarios aumentó, entre las de las cohortes de nacimiento de 1975 a 1979, a un nivel equivalente a tres veces y media el de la cohorte de 1945 a 1949. La diferencia entre estas dos cohortes de nacimiento era cerca del décuplo en el grupo económico más bajo. No obstante, en esta medida, todavía persisten disparidades económicas considerables. Más del 70% de la cohorte más joven del grupo económico alto tiene más de 5 años de escolarización, mientras que sólo el 28% de la del grupo económico bajo han alcanzado ese grado de educación. En promedio, cerca del 45% de la cohorte más joven ha cursado la enseñanza secundaria. Es probable que haya que esperar algún tiempo antes de que las mujeres de todos los grupos económicos puedan cursar la enseñanza secundaria. Los programas del gobierno de “educación gratuita de las niñas” y “becas de estudios de enseñanza secundaria para las niñas” reducirán las disparidades económicas del grado de instrucción de las niñas, pero para ello hará falta tiempo.

Queríamos saber cuánto tiempo tendrá que transcurrir antes de que todas las mujeres de Bangladesh en edad de procrear hayan cursado 6 años o más de estudios. Usamos la tasa de cambio de experiencia educativa de las cohortes de mujeres que comprenden nuestra muestra de Matlab. La proyección supone que todas las mujeres de 15 a 49 años habrán cursado estudios superiores a la enseñanza primaria en 2025. Con arreglo a la hipótesis de que las mujeres con 6 años o más de educación tendrán fecundidad de reemplazo, como se vio en la encuesta demográfica y de salud de Bangladesh de 1999-2000, tal vez sea posible que Bangladesh tenga fecundidad de reemplazo para 2025. No obstante, la experiencia de Matlab nos enseña que entre las mujeres rurales, sólo las que tienen 10 años de educación y cuentan con servicios de planificación de la familia de buena calidad, como en la zona del proyecto de salud materno-infantil y planificación de la familia de Matlab, tienen actualmente fecundidad de reemplazo. Con arreglo a esta hipótesis, esto puede tardar más tiempo.

DISCUSIÓN

En el presente documento hemos investigado la posibilidad de que exista algún grupo socioeconómico en Bangladesh que ya haya alcanzado la fecundidad de reemplazo o cercana al reemplazo. Con la ayuda de datos nacionales, hemos comprobado que las

Gráfico 4
Porcentaje de mujeres que tienen uno o más años de estudios, por año de nacimiento y grupo económico, zona de comparación de Matlab, 1995

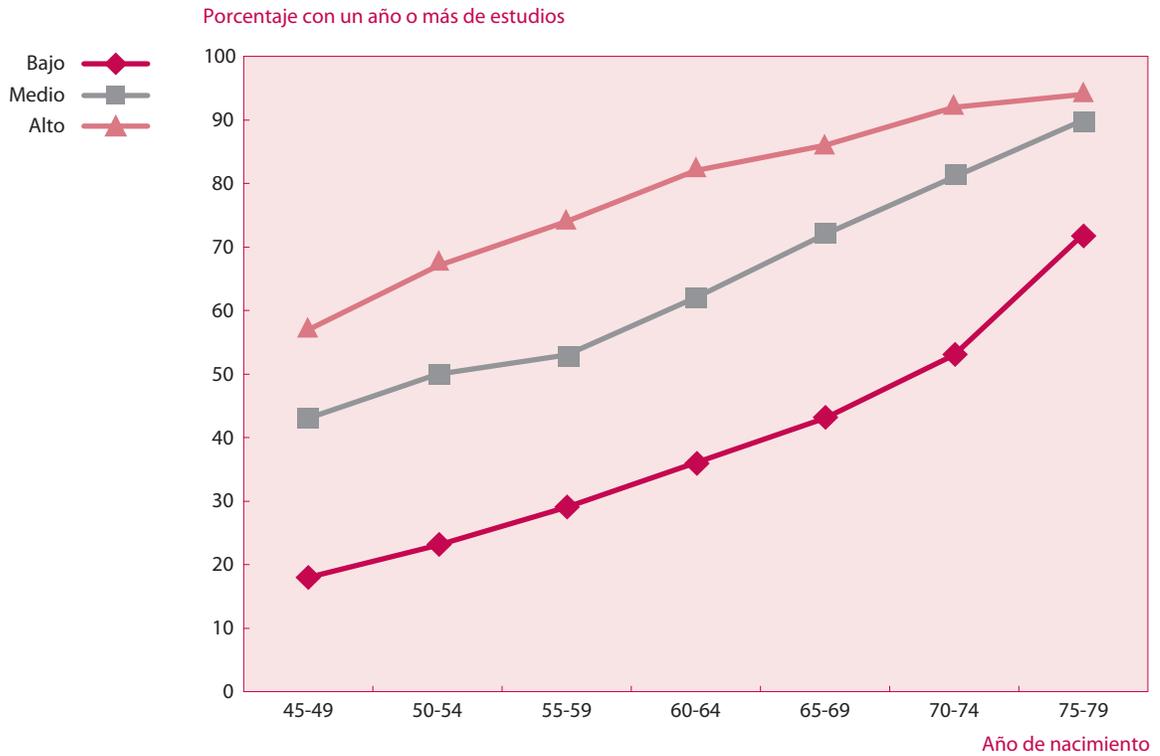
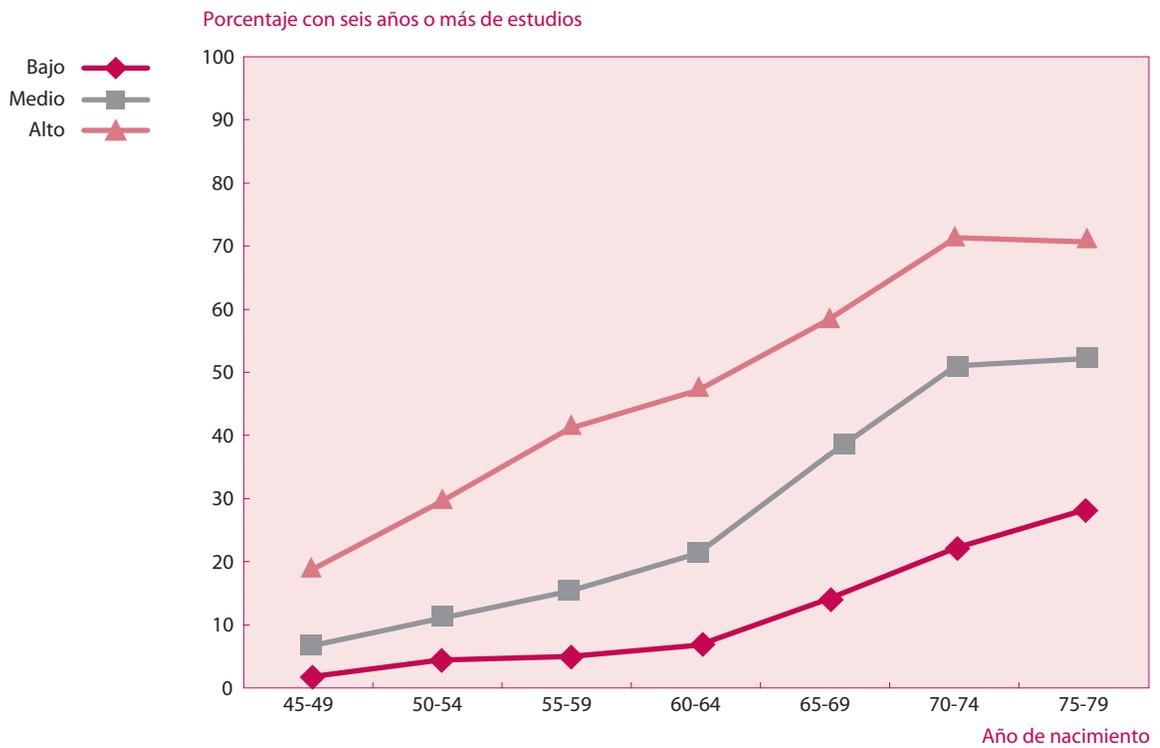


Gráfico 5
Porcentaje de mujeres que tienen 6 o más años de estudios, por año de nacimiento y grupo económico, zona de comparación de Matlab, 1995



mujeres que tienen más de 5 años de estudios casi han alcanzado esta fecundidad. También hemos podido constatar que la educación de la mujer está aumentando rápidamente en Bangladesh. Con arreglo a nuestra proyección, que está basada en la experiencia de Matlab de mejora de la educación, prácticamente todas las mujeres de Bangladesh en edad de procrear tendrán, al menos, alguna educación secundaria para 2025. Para entonces, el país debería alcanzar la fecundidad de reemplazo. Sin embargo, la experiencia de Matlab indica que esto pudiera no suceder, a menos que haya una mejora en los servicios de planificación de la familia que conduzca a un uso más generalizado y eficaz de la anticoncepción. Por tanto, nuestro estudio indica que en las políticas se debería considerar, con carácter de urgencia, la introducción de mejoras tanto en la educación como en los servicios de planificación de la familia. La educación es importante para reducir la fecundidad (y también la mortalidad infantil y en la niñez), así como por derecho propio, para mejorar el capital humano (y el potencial económico) de la población. Los servicios de planificación de la familia pueden ayudar a la mujer a evitar embarazos no planeados y los abortos que a veces son su consecuencia (Rahman y otros, 2001).

Encontramos que existe un volumen considerable de fecundidad que es exceso de fecundidad deseada. El exceso de fecundidad es más alto entre las mujeres que tienen, si acaso, una educación muy rudimentaria. Los programas de planificación de la familia pueden ser esenciales, en particular entre estas mujeres, para reducir la disparidad entre fecundidad deseada y real. La fecundidad de las mujeres instruidas podría llegar a ser deficitaria con programas de planificación de la familia de mejor calidad; a finales del decenio de 1990, las mujeres instruidas deseaban una fecundidad deficitaria y aproximadamente la mitad de los nacimientos que tenían realmente.

Observamos que las mujeres de la zona de Matlab, con fácil acceso a servicios de planificación de la familia de mejor calidad, tenían una fecundidad más baja que las mujeres de la zona, similar en todos los demás aspectos, con servicios estándar de planificación de la familia. No obstante, la fecundidad en aquella zona se ha estabilizado en una TGF de 3,0 hijos por mujer. Estos datos indican que la fecundidad de reemplazo no se puede alcanzar con un método de “suministro” sólo (al menos, no con el método utilizado actualmente en la zona del proyecto de salud materno-infantil y planificación de la familia). La tarea de los programas de planificación de la familia consiste en atender de manera eficiente a las necesidades de los grupos de parejas en situación de desventaja (es decir, los menos instruidos), que tienen importantes tasas de fecundidad no deseada.

Los programas de salud y planificación de la familia de Bangladesh están mejorando constantemente, pero todavía se puede hacer más en lo que se refiere a accesibilidad y calidad de los servicios. Existen muchos subdistritos con un desempeño muy deficiente, donde tan sólo con mejorar el acceso a los servicios se conseguiría aumentar el uso de los anticonceptivos (y reducir la fecundidad). La eficacia del uso de anticonceptivos se puede mejorar cambiando la mezcla de métodos por métodos más eficaces y reduciendo las tasas de cese de uso. La píldora anticonceptiva es el método preferido en Bangladesh, seguido de la inyección. Ahora bien, la tasa de continuación de éstos y otros métodos temporales es baja. Cerca de la mitad de las usuarias de la píldora o la inyección dejan de usarlas al cabo de 12 meses (Mitra y otros, 2001). Cerca de una quinta parte de los usuarios recurre a métodos tradicionales, que tienen un elevado porcentaje de fallo. Además, el uso de métodos permanentes de anticoncepción está disminuyendo. En el período de 1999 a 2000, el 7,2% de las parejas estaban usando métodos permanentes, mientras que en 1991 esa cifra era del 10,3%. Unas estrategias meticulosamente diseñadas, junto con mejores servicios de asesoramiento y supervisión, deberían conducir a un aumento de la adopción y continuación del uso de anticonceptivos y, por ende, a nuevas reducciones de la fecundidad.

La sociedad de Bangladesh está atravesando cambios radicales. La idea que tienen los padres de la utilidad de los hijos está cambiando y no hay duda del efecto que la educación de los padres ha tenido en este cambio. La hipótesis de variante media de la

proyección de fecundidad de las Naciones Unidas indica que Bangladesh alcanzará la fecundidad de reemplazo alrededor de 2025 (Naciones Unidas, 2001). Esta hipótesis parece que se va a confirmar en Bangladesh. Nuestra proyección, en general, basada en la proyección de la educación de la mujer, también llega a esta misma conclusión.

Nuestra proyección parte del supuesto de que los niveles de educación cambiarán, pero no las tasas de fecundidad por educación. Ahora bien, estas tasas han descendido en Bangladesh y, en el futuro, otros factores pueden también contribuir a una aceleración del descenso de la fecundidad, al reducir las tasas de fecundidad en los grupos de educación. Bangladesh ya tiene una gran densidad de población, cuyo impulso hará que continúe el vasto crecimiento de población en los años venideros. El rápido crecimiento urbano, los cambios de la estructura agraria, la mejora de la situación económica, el empleo de la mujer y otros muchos cambios económicos y sociales pueden acelerar la transición, lo que significa que la fecundidad de reemplazo se podría alcanzar antes del período horizonte que proyectamos. También podría suceder, por ejemplo, que las mujeres con educación secundaria empezasen a tener un déficit de fecundidad, como indica su fecundidad deseada. En el futuro, un número cada vez más nutrido de mujeres estará en la categoría de las que han cursado la enseñanza secundaria. Este proceso puede acortar el tiempo necesario para alcanzar la fecundidad de reemplazo. Con arreglo a la variante baja de las Naciones Unidas, la fecundidad de reemplazo puede ser una realidad aproximadamente 10 años antes de lo que proyecta la variante media de las Naciones Unidas (y la nuestra). Esto puede ser efectivamente lo que suceda, si los cambios económicos, sociales y de otra índole afectan de manera radical el valor o el costo de los hijos y reducen las tasas de fecundidad en los grupos de educación de la mujer. La mejora de los programas de planificación de la familia también puede acelerar la transición a la fecundidad de reemplazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bairagi, Radheshyam, y Ashish K. Datta (2001). Demographic transition in Bangladesh: What happened in the twentieth century and what will happen next? *Asia Pacific Population Journal* (Bangkok), vol. 16, No. 4, págs. 3 a 16.
- Caldwell, John, Barakat-E-Khuda, Bruce Caldwell, Indrani Pieris y Pat Caldwell (1999). The Bangladesh fertility decline: An interpretation. *Population Development Review* (Nueva York), vol. 25, No. 1, págs. 67 a 84.
- Carty, Winthrop, Nancy Yinger y Alicia Rosov (1993). *Success in a Challenging Environment: Fertility Decline in Bangladesh*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas, Bangladesh: Centre for Health and Population (2000). Health and Demographic Surveillance System — Matlab: Registration of Demographic and Contraceptive Use 1998. Scientific Report No. 87. Dhaka: ICDDR,B.
- Cleland, John, James Phillips, Sajeda Amin y G. M. Kamal (1994). *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*. Washington, DC: Banco Mundial.
- D'Souza, Stan, y Abbas Bhuiya (1982). Socioeconomic mortality differentials in a rural area of Bangladesh. *Population Development Review* (Nueva York), vol. 8, No. 4, págs. 753 a 769.
- Islam, Atahar, Mazharul Islam y Nitai Chakraborty (2001). Plateauing of fertility level in Bangladesh: Exploring the reality. Documento presentado en "Dialogue on Exploring Recent Fertility Behavior in Bangladesh", Dhaka: Centre for Policy Dialogue.
- Koening, M., U. Rob, M. Khan, J. Chakraborty y F. Fauveau (1992). Contraceptive use in Matlab: levels, trends, and explanations. *Studies in Family Planning* (Nueva York), vol. 23, No. 6, págs. 352 a 64.
- LeGrand, Thomas, y James Phillips (1996). The effects of fertility reductions on infant and child mortality: evidence from Matlab, Bangladesh. *Population Studies* (Londres), vol. 50, págs. 51 a 68.

Mitra, S., M. Ali, S. Islam, A. Cross y T. Saha (1994). *Bangladesh Demographic and Health Survey, 1993-1994*. Dhaka, Bangladesh y Calverton, Maryland: Mitra Associates y Macro International, Inc.

Mitra, S., Ahmed Al-Sabir, Tulshi Saha y Sushil Kumar (2001). *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000*. Dhaka: National Institute of Population Research and Training y Mitra Associates and Calverton.

Naciones Unidas. (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).

Rahman, Mizanur, Julie DaVanzo y Abdur Razzaque (2001). Do better family planning services reduce abortion in Bangladesh? *The Lancet* (Londres), vol. 358, No. 9287, págs. 1051 a 56.

Apéndice A

Distribución de mujeres-años de la zona de comparación de Matlab, por educación y grupo económico, 1995-2000

Grupo económico	Sin estudios	1 a 5 años de estudio	6 a 9 años de estudio	10 años o más de escolaridad	Todos
Bajo	40 164	20 746	6 278	748	67 936
Medio	12 451	13 771	8 038	2 109	36 369
Alto	8 109	12 792	11 689	4 564	37 154
Todos	60 724	47 309	26 005	7 421	141 459

Fuente: Matlab Demographic Surveillance System.

¿Qué ocurrirá con la fecundidad en el Brasil?

Ana María Goldani*

ANTECEDENTES

Pese a la ausencia de una política oficial de planificación de la familia, en la segunda mitad del siglo XX hubo en el Brasil cambios demográficos a un ritmo sin precedentes, que iniciaron una era en que la tasa de fecundidad total se va aproximando al nivel de reemplazo. Según los censos de población, en 1950 la población total del Brasil era de 52 millones y en 2000, de 170 millones. Esto refleja un crecimiento medio anual de un 3% al comienzo del período, el cual se redujo al 1,5% anual en los últimos años. En el mismo período, la esperanza de vida al nacer aumentó desde 44 hasta 68 años y la tasa de fecundidad total disminuyó desde 6,2 hasta 2,2. Los cambios en la esperanza de vida y en la tasa de fecundidad total fueron generalizados y abarcaron todos los estratos sociales, todos los grupos étnicos y raciales, y todas las regiones, de modo que transformaron “el curso medio” de la vida y la estructura de la familia para todos los brasileños. Aun cuando los componentes demográficos de esos cambios son bien conocidos, no hay actualmente explicaciones cabales de su acelerado ritmo.

Varios autores han examinado los múltiples factores conducentes a la rápida disminución de la fecundidad en el Brasil y quienes analizan esos estudios están mayormente de acuerdo en que, pese a las importantes contribuciones de dichos factores, seguimos careciendo de una comprensión cabal del fenómeno. Un análisis de los estudios realizado por Martine señala un consenso acerca de que varios agentes institucionales, entre ellos el Estado, la Iglesia Católica, los movimientos de mujeres, los profesionales en cuestiones de población y los profesionales del sector de la salud, contribuyeron a la disminución de la fecundidad, pero sus influencias fueron mayormente no previstas de antemano y no deliberadas. Además, Martine señala que muchos estudios se centraron en los efectos de la “modernización”, que confirman por lo general la relación inversa entre fecundidad, por una parte, y por la otra nivel de ingreso y de educación, aunque es menos claro el efecto de la participación de la mujer en la fuerza laboral. El proceso de urbanización fue otro importante factor que contribuyó a acelerar la disminución de la fecundidad “porque fue acompañado de una amplia gama de cambios sociales, económicos y políticos que transformaron el país durante el último medio siglo” (Martine, 1996, pág. 70).

Durante ese período, el Estado aplicó un importante modelo de industrialización para sustitución de las importaciones, que caracterizó el régimen de crecimiento de la economía brasileña desde el decenio de 1950 hasta el de 1970, y entrañó un papel activo —aun cuando no muy eficiente— del Estado en la provisión de bienes y servicios básicos. A fines del decenio de 1970 y, especialmente, a principios del de 1980, en que hubo una crisis económica, los sistemas de protección social, en su mayoría, comenzaron a dar muestras de deterioro e incluso de desintegración, y generaron así una mayor exclusión social. Al mismo tiempo, la pauta de crecimiento industrial urbano con exclusión social generó una sociedad brasileña de masas y de consumidores, como lo describe Faria (1991). Las políticas gubernamentales que rigen el crédito directo al consumidor, las telecomunicaciones, las prestaciones de seguridad social y los servicios de salud condujeron a

* Actualmente, Profesora Visitante en el Departamento de Sociología y Estudios sobre América Latina, Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), California, Estados Unidos de América. En el Brasil, la Sra. Goldani es miembro de la Escuela Nacional de Ciencias Estadísticas (ENCE/IBGE) y PAGU, Centro para Estudios de Género, Universidad del Estado de Campinas.

1 Como consecuencia inesperada de estas políticas, hubo una creciente demanda de regulación de la fecundidad por parte de las mujeres, demanda que fue satisfecha mayormente por el mercado y en menor grado por organismos no gubernamentales de planificación de la familia. El número de píldoras anticonceptivas orales adquiridas por año aumentó desde 1,7 millones de ciclos en 1960 hasta 61,2 millones en 1980. La ausencia de servicios gubernamentales gratuitos de planificación de la familia, así como el alto costo, la alta tasa de fracasos y los efectos colaterales de las píldoras, condujeron a un general desprestigio de los métodos anticonceptivos reversibles. Esta situación, sumada a los riesgos del aborto ilegal, preparó el camino para que la esterilización se transformara en el método anticonceptivo preferido en el Brasil (Corréa y otros, 1998).

2 El Índice de Desarrollo Humano del Brasil correspondiente a 1998, de 0,74, refleja una serie de indicadores, entre ellos: una tasa de pobreza de 28%, un ingreso medio per cápita de aproximadamente 250 dólares EE.UU., y una desigualdad en el ingreso que es la más alta del mundo entre países de gran magnitud.

3 Los estudios acerca de las diferencias por estrato social y los efectos de la rápida proletarianización sobre el comportamiento de la fecundidad en el Brasil datan mayormente de principios del decenio de 1980.

4 En el decenio de 1980, las feministas brasileñas ya señalaron la creciente demanda de regulación de la fecundidad entre las mujeres pobres, la precariedad de los servicios de planificación de la familia y de salud, así como el papel del aborto ilegal y de la desigualdad entre los géneros. Al mismo tiempo, las feministas también señalaron a la atención de los demógrafos la necesidad de considerar las experiencias y las motivaciones de las mujeres al efectuar análisis de la transición demográfica en el Brasil (Corréa, Piola y Arilha, 1998).

5 Las estimaciones para 1996 del aborto en el Brasil varían entre 800.000 y 1,1 millón. Aproximadamente 262.000 de esas mujeres recibieron atención

una “integración real o simbólica de la población en un mercado de consumo”, lo cual ha cambiado el comportamiento individual, e incluso ha aumentado la demanda de regulación de la fecundidad conyugal (Faria, 1997/1998, pág. 187)¹.

Entre los problemas con que tropiezan los demógrafos brasileños para analizar el comportamiento relativo a la fecundidad en su país a lo largo del tiempo, figura la diversidad regional que caracterizó el desarrollo del país. Recientes constataciones por regiones indican una firme y coherente relación entre la disminución de la fecundidad y los cambios mensurables en las circunstancias sociales y económicas ocurridos entre 1960 y 1991. Por ejemplo, muestran la pertinencia de las variaciones en el nivel de escolarización de la madre y con el grado de electrificación del hogar sobre el ritmo de disminución de la fecundidad a lo largo del período de transición (Potter y otros, 2002). En el mismo período, aumentaron la participación de la mujer en el mercado laboral y su nivel de educación, factores estrechamente correlacionados con la declinación de la fecundidad por cohorte y por período (Lam y Duryea, 1999; Rios Neto, 2000). La sociedad brasileña se caracteriza por altos niveles de desigualdad social, sumados a una sustancial movilidad social, factores que, al parecer, son importantes para comprender las recientes tendencias de la fecundidad (Pastore y Silva, 2000)², pero estos factores parecen haber perdido significación para los demógrafos³, dado el acelerado ritmo de declinación generalizada de la fecundidad, que se atribuye en gran medida a la esterilización femenina. En el período 1986/1996 aumentó la tasa de esterilización de las mujeres brasileñas casadas, desde 27% hasta 40% y el uso de anticonceptivos orales sigue siendo el único método moderno alternativo ampliamente utilizado para control de la natalidad (BEMFAM, 1997).

Las críticas de las feministas⁴ acerca de que tales explicaciones estructurales pasaron por alto los elevados costos para las mujeres de la transición en la fecundidad mediante la esterilización, la operación cesárea y el aborto clandestino⁵, condujeron a que los demógrafos adoptaran éstas como nuevas explicaciones de la disminución de la fecundidad. Si bien la esterilización se practicó inicialmente en las altas clases sociales del Brasil, actualmente es común en todas las clases, todas las generaciones, todos los grupos raciales y todos los demás segmentos de la sociedad, lo cual condujo a una “cultura de la esterilización” (Berquó). La prevalencia de pares de madres e hijas, o de hermanas, que han sido esterilizadas aumenta en función del nivel educacional, aun cuando está presente también entre las mujeres que carecen de educación (1999a, pág. 214).

Los demógrafos también han llegado a la conclusión de que la adopción de nuevas tecnologías anticonceptivas en el Brasil no es resultado de opciones individuales, sino de “procesos colectivos” en que aparentemente la profesión médica desempeñó un importante papel y ejerció gran influencia sobre los mecanismos de opción (Potter, 1999, Caetano, 2001). Potter señala que en los años iniciales de la disminución de la fecundidad, a medida que fueron cambiando la medicina y las políticas de salud pública en el Brasil, y pasaron desde prevención de las enfermedades y lucha contra éstas hacia una atención curativa especializada basada en hospitales, las mujeres fueron solicitando cada vez más intervenciones quirúrgicas, incluida la esterilización, en hospitales privados afiliados al sistema de seguridad social. Aparte de la creciente demanda de control de la natalidad por parte de las mujeres, también los médicos y los hospitales del sistema de salud pública alentaron las operaciones cesáreas, dado que recibían doble honorario por esos procedimientos, en comparación con el parto vaginal⁶. En consecuencia, se practicaron muchas operaciones cesáreas innecesarias, que en 1996 representaron un 71% de todas las esterilizaciones en el país. Si bien en la mayoría de las regiones brasileñas, lo probable es que las esterilizaciones se practiquen durante un parto mediante operación cesárea y que su costo sea sufragado por la paciente, en el Noreste se practicó una proporción mayor de esterilizaciones no cesáreas, la mayoría de las cuales, 70%, fueron sufragadas por políticos y médicos (Caetano, 2001)⁷.

En consecuencia, una explicación general de la esterilización en el Brasil es que “es resultado de la combinación de la creciente demanda de anticoncepción, sumada a la ausencia de políticas públicas eficaces, además de la escasez de otras opciones para el control de la natalidad, la influencia de los médicos cuando comienza el auge de la medicina cu-

rativa basada en hospitales, y algunos comportamientos generalizados en los políticos que aportan bienes y servicios a los pobres a cambio de sus votos [como en el caso concreto de la región del Noreste]” (Caetano, 2001, pág. 1).

Al destacar la necesidad de una reconstrucción histórica de las diversas maneras en que las variaciones en los papeles sociales, los propósitos, los motivos y las intenciones tienen importancia crucial para comprender los procesos y las causas del cambio de la fecundidad en el Brasil, sugiero que aun cuando a mediados del decenio de 1960 se llegó a una importante encrucijada hacia la generalización y aceleración del proceso decreciente, no es su punto de partida, como lo indican frecuentemente los estudios brasileños⁸. Además, pienso que el discurso médico higienista de mediados del siglo XIX, reforzado por el movimiento eugénico a comienzos del siglo XX y la revolución anticonceptiva del decenio de 1960, fueron absorbidos y legitimados socialmente por lo que los brasileños creyeron que todo ello podía ofrecer. También sostengo que, debido a esta compleja interacción, surge un interesante conjunto de elementos constitutivos de una política que afecta la reproducción de la población y excede los conceptos neomal-tusianos contemporáneos, o las medidas encaminadas a controlar el crecimiento de la población (Goldani, 2001).

Asimismo, en los arreglos institucionales y las interacciones que he descrito, hay indicaciones pertinentes de la manera en que los sistemas de género, las prácticas del mercado laboral y algunos aspectos del sistema nacional jurídico y administrativo han limitado el comportamiento reproductivo de la mujer. Las victorias de los movimientos de mujeres a partir del decenio de 1970, incorporadas en parte en la Constitución del Brasil de 1988, cambiaron la perspectiva oficial con respecto a la familia y la reproducción. Desde entonces, el Gobierno y la sociedad civil han desempeñado papeles prominentes en la creación, tanto a nivel jurídico como en la práctica, de condiciones de mayor igualdad y equidad entre hombres y mujeres. Por otra parte, como lo indican los debates acerca de las prácticas de esterilización, sigue habiendo una enorme distancia entre las victorias jurídicas y las reales condiciones de vida.

Perspectivas de los demógrafos brasileños acerca de la fecundidad en el futuro

Las recientes disminuciones en la fecundidad en el Brasil, el continuo uso de la esterilización como mecanismo principal de control de la fecundidad y su concentración en edades tempranas, han conducido en los círculos demográficos a un consenso acerca de que la fecundidad llegará dentro de poco a un nivel inferior al de reemplazo. Entre los demógrafos brasileños hay poco desacuerdo acerca de que dicho nivel llegará a ser inferior al de reemplazo en el próximo decenio, aun cuando las proyecciones oficiales indiquen que las tasas de fecundidad total se acercarán a niveles de reemplazo recién hacia 2050. Hay diferentes opiniones con respecto al ritmo y a los momentos en que se alcanzarán los niveles de reemplazo. Además, no hay acuerdo con respecto al grado de irreversibilidad de esta tendencia o a la duración del período en que las tasas de fecundidad se mantendrán por debajo del nivel de reemplazo.

Es un hecho que la reciente disminución pronunciada de la fecundidad, desde 4,3 en 1980 hasta 2,2 en 2000, fue acompañada del aumento de la esterilización de mujeres brasileñas casadas jóvenes, que entre 1986 y 1996 aumentó desde 4% hasta 11% para mujeres de 20 a 24 años (BEMFAM, DHS de 1986 y 1996). Además, una pronunciada disminución de las tasas de mortalidad de menores de un año, desde 116,9 en 1970 hasta 44,1 en 2000 contribuyó a la disminución de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. No obstante, durante el decenio de 1980, el gran aumento en la mortalidad de hombres jóvenes de 15 a 34 años de edad, debido a causas externas, limitó los adelantos en la esperanza de vida masculina y aumentó la discrepancia entre los géneros. Entre 1991 y 2000, la esperanza de vida masculina aumentó desde 62,6 hasta 64,8 años, mientras la esperanza de vida femenina aumentó desde 69,8 hasta 72,6 (IBGE, 2002).

médica en hospitales públicos (SUS) debido a complicaciones posteriores al aborto, las cuales fueron la quinta causa de hospitalización por razones obstétricas. Es importante señalar que las complicaciones del aborto representan un 9% de las causas de mortalidad derivada de la maternidad (Formiga, 1999:160).

⁶ A fines del decenio de 1970, en respuesta al rápido aumento de la proporción de operaciones cesáreas, el Gobierno modificó la escala de reembolso de los gastos del parto para reducir, y eventualmente llegar a eliminar, la suma adicional abonada por operaciones cesáreas, en comparación con la suma correspondiente al parto vaginal. No obstante, hasta 1999, los hospitales miembros del sistema público recibieron importes 2,4 veces superiores por operaciones cesáreas, en comparación con los abonados por partos vaginales (Caetano, 2001).

⁷ La región Noreste es una de las cinco macrorregiones del Brasil y en 1996, su población constituía el 43% del total nacional, con un 36% de residentes en zonas rurales. Se considera que esta región es la más pobre del país, donde reina una mayor desigualdad. La declinación de la fecundidad en esta región estuvo retrasada al menos un decenio, en comparación con las otras cuatro macrorregiones del Brasil. Mientras en el Noreste las tasas de fecundidad total disminuyeron desde 6,1 hasta 3,1 en el período 1980-1996, en el Sur y el Sudeste, consideradas las regiones más ricas, las tasas disminuyeron, respectivamente, desde 3,6 hasta 2,3 y desde 3,2 hasta 2,1. En la región Centrooccidental la tasa de fecundidad total disminuyó desde 4,5 hasta 2,3 y en la región Norte, dicha tasa disminuyó desde 6,4 hasta 2,7 (Carvalho, 1997-1998).

⁸ Al respecto, es importante mencionar que, si bien algunos estudios sobre fecundidad señalan que ésta disminuyó a partir del siglo XX, los demás estudios, en su mayoría, siguen destacando que fue en el decenio de 1960 cuando comenzó la declinación de la fecundidad en el Brasil. Véase, por ejemplo, Leone y Caetano, 2002 (pág. 3).

Cuadro 1
Indicadores demográficos para el Brasil, establecidos y según las proyecciones del Gobierno del Brasil, 1970-2050

Indicadores	Censos			Proyecciones		
	1970	1980	1991	2000	2025	2050
Tasa de fecundidad total	5,76	4,35	2,61	2,20	2,06	2,06
Mortalidad de menores de un año	116,9	69,1	44,1	33,8	24,2	15,1
Esperanza de vida al nacer	52,7	61,8	65,9	68,6	71,0	73,6
% de menores de 20 años	53,1	49,7	45,0	39,1	29,9	25,7
% de mayores de 65 años	3,1	4,0	4,8	5,0	9,6	16,2
Población en miles	93 140	119 003	146 825	170 143	216 952	238 162

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (IBGE), varios anuarios estadísticos, censos y proyecciones de población.

Las tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo ya son parte del régimen demográfico de casi todas las zonas metropolitanas del Brasil, y oscilan desde 1,8 en Belo Horizonte hasta 2,2 en Curitiba, en comparación con un promedio de 2,4 para todo el país en 1999. En las zonas metropolitanas, siete de cada 10 mujeres casadas que utilizan algún tipo de anticonceptivo han escogido la esterilización, de ellas mismas o de sus compañeros (Wong, 2001). Esta alta tasa de esterilización puede también explicar la falta de correlación entre la fecundidad y la mortalidad de menores de un año en las zonas metropolitanas. Por ejemplo, en la zona metropolitana de Salvador (Bahía) hubo una de las más altas tasas de mortalidad de menores de un año (62 por mil) y uno de los más bajos niveles de fecundidad total (1,8 hijos).

Según recientes estimaciones y proyecciones de la tasa de fecundidad total por cohorte y por período, en el Brasil seguirá disminuyendo la fecundidad, y pronto llegará a niveles inferiores al de reemplazo. Preocupa a los demógrafos brasileños la posibilidad de que, al depender exclusivamente de datos convencionales sobre tasa de fecundidad total por edades (TFR) y de mediciones por períodos, tal vez se contribuya a la confusión acerca de si las tendencias actuales son reales o meras fluctuaciones a corto plazo conducentes a la generación de tasas de la fecundidad por cohortes de edades. Las constataciones más recientes confirman la sistemática disminución de fecundidad por cohortes durante el siglo XX, con tasas de fecundidad total de 6,9, 5,8 y 4,2 para cohortes de mujeres que comenzaron su período de procreación, respectivamente, en 1903, 1933 y 1963 (Horta y otros, 2000). En otro estudio, las proyecciones de la tasa de fecundidad por cohortes sugieren que mujeres que iniciaron su etapa de procreación en 1988 llegarán a tasas de fecundidad total inferiores a las de reemplazo (1,9). En el mismo estudio, las proyecciones de fecundidad indican una tasa de fecundidad total de, respectivamente, 2,0, 1,8, 1,6 y 1,5, para los años 2000, 2005, 2010 y 2015 (Carvalho y otros, 2000).

Las expectativas de que la baja fecundidad perdure en el Brasil, y conduzca así al deterioro demográfico a largo plazo, podrían ser infundadas en opinión de unos pocos demógrafos, quienes piensan que es posible que hayamos llegado meramente a un punto bajo en un movimiento cíclico a largo plazo y que las variaciones en la población estén avanzando hacia un futuro en gran medida impredecible. Según algunos analistas, el nivel medio de fecundidad refleja sólo una parte de la cuestión de la baja fecundidad. Según esta hipótesis y en estrecha relación con la interpretación “del costado de la demanda” acerca de la futura fecundidad, un estudio basado en la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) de 1996 señala la importancia del tamaño deseado o ideal de la familia en diferentes regiones. Por ejemplo, la cantidad ideal de hijos varía sólo entre 2,4 en Río de Janeiro y 2,8 en São Paulo y el Noreste, y la proporción de mujeres que declararon que su ideal era 2 hijos varía desde 47% en Río hasta 37% en el Noreste. Además, una gran cantidad de mujeres declararon que su número ideal de hijos era superior a 2. En São Paulo, el ideal para un 29% era 3 hijos y en el Noreste, un 28% de las mujeres deseaban 4 hijos. El estudio también comprobó que de las mujeres del Noreste que no tenían hijos, una alta

proporción, 24% de ellas, manifestaron que no querían tener hijos, pero un 68% de las mujeres con un hijo vivo querían tener otro (Camarano y otros, 1999).

Al examinar las perspectivas futuras de la fecundidad en el Brasil para preparar este informe, en enero de 2002 dirigí una encuesta entre expertos demógrafos brasileños (EBD)⁹. La encuesta abarcó cinco preguntas, que indico en las notas a lo largo del texto. Las dos primeras preguntas pedían a los expertos su opinión acerca de las tendencias del comportamiento de la fecundidad en el Brasil, y también se preguntó si los niveles de fecundidad llegarían a ser inferiores a los de reemplazo¹⁰.

Los expertos, en su mayoría, convinieron en que el Brasil podría seguir las pautas registradas en los países más desarrollados, es decir, llegar a niveles inferiores a los de reemplazo. Ríos Neto sugirió que los países del Mediterráneo (Italia, Portugal, España y Grecia) son los modelos más similares al Brasil, debido a raíces culturales comunes y a su adopción del “Estado protector”, aun cuando es preciso considerar las diferencias en las pautas de nupcialidad y fecundidad. De manera similar, Sonia Corrêa también afirma que la experiencia de los países del Mediterráneo es similar a la del Brasil. Aduce que esos países comparten un carácter distintivo católico y la pauta general de desigualdad entre los géneros, a diferencia de los países de Europa septentrional. Además, en los países del Mediterráneo es más débil el apoyo que brinda el Estado a la salud reproductiva de la mujer y a los programas de equidad entre los géneros, incluida la ilegalidad del aborto (excepto en Italia, donde se ha legalizado el aborto a partir del decenio de 1970)¹¹.

Algunos expertos hicieron más hincapié que otros en la tendencia hacia un nivel inferior al de reemplazo:

Es indiscutible que las tasas de fecundidad en el Brasil llegarán a ser inferiores a los de reemplazo (KB).

No cabe duda de que las tasas de fecundidad en el Brasil llegarán pronto a niveles inferiores a los de reemplazo, tal vez ya en el primer decenio del siglo XXI (JAC).

Las tasas de fecundidad en el Brasil llegarán a ser inferiores a las de reemplazo, pero también fluctuarán (FRA).

Otros expertos, aunque estuvieron de acuerdo con la tendencia hacia un nivel inferior al de reemplazo, destacaron los aspectos distintivos y las dificultades de una estimación de la fecundidad en el Brasil:

Las tasas de fecundidad en el Brasil serán similares a las existentes en países desarrollados, salvo su peculiar dinámica de fecundidad sumamente concentrada en edades más tempranas. Es posible que en el mediano plazo haya cambios hacia una pauta de fecundidad tardía, como ocurre en países desarrollados, pero no hay certidumbre al respecto (ERN).

No hay duda de que, en cierto momento en el futuro, habrá tasas de fecundidad inferiores a las de reemplazo. Aun dentro de un enfoque cauto, diría que éste es el caso ahora para entre 30% y 40% de la población brasileña. Para todo el país, es posible que en los próximos 5 años se llegue a tasas inferiores a las de reemplazo. Además, dado que el Brasil todavía tiene subgrupos de población con niveles de mortalidad relativamente altos, una tasa de fecundidad total superior a 2,1 para ellos puede arrojar tasas de crecimiento demográfico que ya son inferiores a cero (LRW).

Es difícil pensar acerca de niveles de fecundidad inferiores a los de reemplazo debido a que la heterogeneidad regional está ocultando las tendencias medias de fecundidad a escala del país. Si bien en regiones como São Paulo y Río de Janeiro parecería que las tasas de fecundidad se aproximarán a niveles inferiores a los de reemplazo, no pienso que el Noreste, una extensa región donde son más altas las tasas de fecundidad, llegue a niveles inferiores a los de reemplazo (AAC).

Si consideramos un ejemplo regional como el de Río de Janeiro, no parece absurdo pensar en una firme tendencia hacia “infrareemplazo”. Además, debemos considerar el peso relativo del fenómeno de las “marejadas de jóvenes” en la estructura de la población brasileña, y su posible contribución a las proyecciones de la población futura (SC).

⁹ Consulté a varios expertos brasileños en demografía (EBD) que tenían antecedentes de estudios sobre fecundidad y/o sobre proyecciones de población. Entablé diálogo con 10 personas que considero expertos en demografía, de los cuales, ocho respondieron a mi encuesta; todos ellos señalaron tendencias generales de la fecundidad en el Brasil, y seis aportaron estimaciones concretas de las tasas de fecundidad total. Los que respondieron son: Ana Amelia Camarano (AAC) del Instituto de Investigaciones sobre Economía Aplicadas (IPEA); Eduardo G. Rios-Neto (ERN) del Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR); Elza S. Berquó (EB) del Núcleo de Estudos de População (NEPO); Fernando R. P. de Albuquerque (FRA) del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); José Alberto M. de Carvalho (JAC) de CEDEPLAR; Kaizô Beltrão (KB) de la Escola Nacional de Estatística (ENCE); Laura R. Wong (LRW) de CEDEPLAR, y Sônia Corrêa (SC) del Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE).

¹⁰ Las preguntas fueron: No. 1. “Las tendencias de las tasas de fecundidad en el Brasil, ¿serán similares a las de los llamados países desarrollados?, es decir, ¿llegarán a niveles inferiores a los de reemplazo? o ¿se estabilizarán en niveles cercanos a los de reemplazo?”; y No. 2. “¿Cuál es su opinión acerca de las variaciones de la fecundidad en el Brasil en los próximos 50 años?”

¹¹ En verdad, a fines de 2001 seis mujeres fueron condenadas por el delito de aborto en Portugal.

Pronóstico de las tasas de fecundidad total: 2000-2050

A la pregunta acerca de la variación de la fecundidad en el Brasil en los próximos 50 años, seis de los ocho expertos respondieron que las tasas de fecundidad total seguirían disminuyendo hasta llegar a niveles inferiores a los de reemplazo, mientras que un experto piensa que la fecundidad oscilará en torno a los niveles de reemplazo. Dos del grupo de seis consideraron la posibilidad de un pequeño aumento al cabo de los 50 años, aun cuando no prevén que se recupere el nivel de reemplazo.

Cuando se les pidió que especificaran las tasas medias de fecundidad para tres períodos durante los próximos 50 años, seis de los ocho expertos respondieron¹². Sus respuestas se indican a continuación:

12 La pregunta No. 3 fue: "¿Cuál es su estimación acerca de la tasa media de fecundidad en los siguientes períodos: 2000-2005, 2005-2025, 2025-2050?".

Años	JAC	ERN	LRW	FRA	KB	AAC
2000-2005	2.0	1,9	2,1	2,3	2,4	2,1
2005-2025	1.8	1,3	1,8	2,1	1,9	1,7
2025-2050	1.8	1,7	1,5	1,9	1,6	--

13 La pregunta No. 4 de la encuesta fue: "¿Por qué razones piensa usted que ésas serán las variaciones medias de la fecundidad en cada uno de esos períodos?".

Esos demógrafos también ofrecen justificaciones de sus pronósticos, como se les solicitó¹³. Aportaron una combinación de razonamiento metodológico y sustantivo. La suposición de que ha de continuar la tendencia a la declinación es común para justificar la estimación de las tasas del período 2000-2005 (KB, AAC, ERN, JAC, FRA). Otras justificaciones fueron la convergencia de comportamientos entre distintos grupos sociales y regiones (JAC, FRA), los aumentos en el nivel de educación de la mujer, que se correlacionan fuertemente con las tasas de fecundidad (ERN), y la persistencia de la precaria situación socioeconómica de grandes segmentos de la población (LRW).

Para el período 2005-2025, en que la mayoría de los expertos estimaron que se llegaría a niveles inferiores a los de reemplazo, las tasas estimadas son resultado de "un modelo de proyección basado en una regresión logística" (AAC, KB), o de la convergencia de comportamientos, dado que "las tasas de fecundidad en grupos de ingreso mediano y alto ya llegaron a 2,1 en 1970" (JAC). Otras justificaciones son que sería difícil revertir dicha tendencia hacia niveles inferiores a los de reemplazo "en ausencia de cambios estructurales y de una firme intervención de políticas públicas orientadas a aumentar la combinación de anticonceptivos disponibles para así espaciar los alumbramientos en lugar de interrumpir la fecundidad" (ERN, LRW). Para el período 2025-2050, las tasas de fecundidad podrían aumentar, disminuir o permanecer estables, en comparación con el período precedente. Algunos expertos piensan que el posible aumento de las tasas (no necesariamente hasta los niveles de reemplazo) podría ser resultado de políticas públicas a largo plazo pero, en especial, de factores externos especiales atinentes a la seguridad social y al mercado laboral (ERN); o también, resultado de la globalización de los medios de difusión de masas y de la economía (LRW, KB).

Perspectivas de la población del Brasil: hipótesis para el futuro, de la División de Población de las Naciones Unidas

Al considerar el "carácter razonable y válido" de las hipótesis acerca de la fecundidad futura utilizadas por la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD) para calcular sus proyecciones correspondientes al Brasil, mi primera conclusión es que su variante media es excesivamente cauta en lo tocante a la velocidad con que declinará la fecundidad. La estimación de la UNPD para los próximos 50 años en el Brasil, según la variante media, arroja tasas mayores que las previstas por los expertos brasileños en demografía y por recientes estudios. Si la tasa de fecundidad es el factor determinante clave del crecimiento de la población en el Brasil, se desprende que la situación del Brasil se refleja mejor en la variante baja de la UNPD.

Según la variante media de la UNPD, se supone que las tasas de fecundidad total del Brasil en el período 2000-2050 se mantendrán cerca del nivel de reemplazo y variarán

desde 2,15 hasta 2,10. En esta variante, se prevé que ha de disminuir sistemáticamente la mortalidad de menores de un año, desde 38 por mil hasta 8 por mil, y se prevé que la esperanza de vida al nacer ha de aumentar desde 68 hasta 77 años para ambos sexos. La migración neta se considera cero, de manera que entre 2000 y 2050 las tasas de crecimiento anual han de disminuir desde 1,22% hasta 0,32%.

Los expertos brasileños en demografía, en su mayoría, estarían de acuerdo con la UNPD en que la tasa de fecundidad total del Brasil se irá acercando al nivel de reemplazo en el período 2000-2005. No obstante, esos expertos, en su mayoría, también creen que se llegará a un nivel inferior al del reemplazo hacia 2025, en contraste con la predicción de la UNPD de que la tasa se ha de estabilizar al nivel de reemplazo. Dichas opiniones quedan reforzadas al constatar que en casi todas las zonas metropolitanas, que representan colectivamente 30% a 40% del total de la población nacional, ya se había llegado a tasas inferiores a las de reemplazo hacia el año 2000. En consecuencia, las principales diferencias entre las hipótesis futuras presentadas por la UNPD (variante media) y por los demógrafos brasileños son los distintos ritmos en la variación de la fecundidad y del crecimiento de la población en sus respectivas proyecciones. Como he observado, la variante baja de la UNPD para el Brasil, con su tasa de fecundidad total inferior a la de reemplazo, de 1,83 en el período inicial 2000-2005, seguida por una tasa de 1,6 hasta 2050, no es compatible con las recientes constataciones y opiniones de la mayoría de los expertos brasileños en demografía.

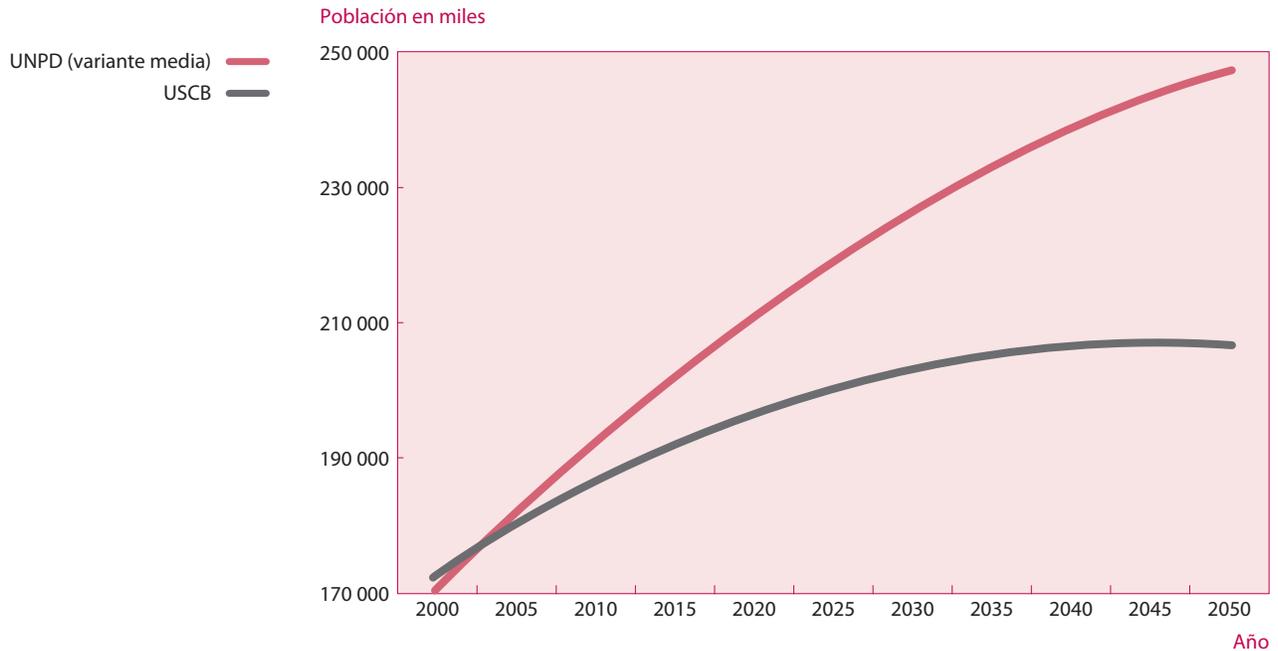
Las decrecientes tasas de aumento de la población brasileña son principalmente resultado de la declinación de la fecundidad. Aun cuando el aumento en la esperanza de vida al nacer, desde 49,3 hasta 67,0 años, ocurrido entre 1950 y 2000, contribuyó al crecimiento de la población, el efecto de la decreciente fecundidad ha sido mayor que el del aumento de la esperanza de vida. Pese a la disminución de las tasas de crecimiento, se prevé que ha de continuar el aumento de la población debido a las altas tasas de crecimiento registradas en el pasado. Por consiguiente, la población del Brasil seguirá aumentando, aun cuando disminuya la fecundidad. La más reciente revisión de las proyecciones de la UNPD para 2050, aplicando la variante media, arroja que el total de la población llegará a 247 millones, es decir, un aumento de 45% en comparación con el año 2000. Debido a que las estimaciones de fecundidad según la variante media de la UNPD son tan diferentes de las recientes comprobaciones y opiniones de los demógrafos brasileños, decidí analizar otras proyecciones propuestas para el Brasil. He comparado la variante media de la UNPD con la proyección de la *U.S. Census Bureau* (USCB) (Oficina de Censos de los Estados Unidos) para el Brasil debido a que esta última supone que la fecundidad alcanzará un nivel inferior al del reemplazo para 2005, lo cual se aproxima más a las recientes constataciones y opiniones de la mayoría de los expertos brasileños en demografía. Además, ambas organizaciones utilizaron similares fuentes de datos y procedimientos para estimar las variables demográficas¹⁴.

Diferencias entre las proyecciones de la UNPD para el Brasil y las de la USCB

Es llamativo el contraste entre las proyecciones de la población total del Brasil efectuadas por la UNPD y por la USCB. Para 2050, la estimación de la UNPD para la población del Brasil es superior en 20%, o en 40,5 millones de habitantes, a la proyección de la USCB. Aun cuando ambas proyecciones adoptan valores iniciales similares para la tasa de fecundidad total (2,1), aplican diferentes enfoques en lo concerniente al ritmo y el nivel de la disminución de la fecundidad a lo largo de los 50 años comprendidos entre 2000 y 2050. Como se indica en el cuadro 2, la USCB partió de la suposición de que la tasa de fecundidad total del Brasil ya será inferior al nivel de reemplazo en 2005 y que se mantendrá en 1,7 durante todo el período 2025-2050. La UNPD supone que la fecundidad permanecerá a nivel de reemplazo (2,1) a lo largo de 2000-2050. Si bien al escoger un modelo siempre hay en juego elementos de subjetividad, para los primeros años las

14 La UNPD y la USCB utilizan las mismas fuentes de datos y en general, utilizan técnicas similares para la estimación de los parámetros demográficos. Las Naciones Unidas calculan sus nuevas estimaciones y proyecciones cada dos años y la USCB revisa sus proyecciones una vez por año y actualiza al menos dos veces por año la Base de Datos Internacionales (IDB). En las proyecciones se utilizan diferentes programas electrónicos (*software*). Por otra parte, la USCB ha señalado cómo sus proyecciones difieren de las de las Naciones Unidas: “Las apreciables diferencias en las proyecciones de población para un horizonte futuro de 20 ó 30 años probablemente no pueden atribuirse al empleo de diferentes programas electrónicos. Salvo algunas diferencias de poca monta en las proyecciones, cualquier otra discrepancia puede atribuirse probablemente a: 1. diferencias en la disponibilidad de datos por países entre ambas organizaciones; 2. diferencias en la evaluación de la calidad de los datos y en las estimaciones basadas en datos nacionales que efectúan los equipos de analistas de las Naciones Unidas y de la USCB; 3. diferencias en los protocolos de cada institución en lo tocante a la metodología de las proyecciones de fecundidad, mortalidad y migración internacional” (*U.S. Census Bureau*, 1999, B-16-17).

Proyecciones de población de la USCB y la UNPD para el Brasil, 2000-2050



hipótesis son “relativamente objetivas” y las proyecciones arrojan resultados similares. En cambio, para años más distantes en el futuro, todos los pronósticos de población entrañan juicios de valor, lo cual los torna especialmente subjetivos.

Asimismo, las proyecciones de la UNPD y la USCB suponen diferentes estructuras de edades en diferentes intervalos. Según la proyección de la UNPD, para 2025 un 47,2% de la población brasileña abarcará “personas dependientes” (menores de 20 y mayores de 65 años de edad), en comparación con la hipótesis de la USCB, de 34,7%. Esta diferencia de 12,5%, o más de 20 millones de personas, corresponde mayormente a familiares a cargo jóvenes (10% de la diferencia de 12,5%) y aparentemente es consecuencia de las mayores tasas de fecundidad correspondientes a las proyecciones de la UNPD.

Si bien la tasa de fecundidad tiene un papel de importancia crucial en las proyecciones, cabe señalar también las diferencias en las hipótesis de mortalidad que adoptan las dos organizaciones. Las hipótesis de mortalidad se establecieron en función de los aumentos de la esperanza de vida al nacer por cada decenio y las diferencias parecen reflejar diferentes perspectivas acerca de futuros acontecimientos que afectan la mortalidad y el momento en que ocurren las defunciones. Al parecer, la USCB, contrariamente a suposiciones anteriores, considera que hay ahora un considerable grado de incertidumbre acerca del futuro de

Cuadro 2

Indicadores demográficos para el Brasil, según las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas y de la U.S. Census Bureau, para 2000, 2025 y 2050

Indicadores	División de Población de las Naciones Unidas			US Census Bureau		
	2000	2025	2050	2000	2025	2050
Tasa de fecundidad total	2,15	2,10	2,10	2,13	1,71	1,70
Mortalidad de menores de un año	38	22	8	38,0	17,4	7,5
Esperanza de vida al nacer	68,3	73,0	76,9	62,9	70,5	79,9
% de menores de 20 años	38,9	37,0	26,5	39,2	27,0	21,7
% de mayores de 65 años	5,1	10,2	17,9	5,3	7,7	21,1

la mortalidad. En países en desarrollo como el Brasil, la incertidumbre dimana del incierto futuro de la epidemia de SIDA y otras enfermedades infecciosas y del grado de desarrollo de los servicios de salud. En los países industrializados, la incertidumbre obedece más a controversias científicas acerca de si la humanidad ya se está acercando a un límite biológico de la esperanza de vida. En consecuencia, la USCB estima una menor esperanza de vida para el lapso 2000 a 2005 (62,9 y 70,5 años), en comparación con la UNPD (68,3 y 73,0). No obstante, según la USCB, después de 2005 habrá aumentos en la esperanza de vida que pueden superar las proyecciones de la UNPD, de modo que las hipótesis de esperanza de vida para 2050 son 79,9 años para la USCB y 76,9 años para la UNPD.

En consecuencia, el valor inicial de la esperanza de vida al nacer para ambos sexos es mayor en 5,4 años en las proyecciones de la UNPD; y para 2025 la UNPD sigue pronosticando una ventaja de 2,5 años en comparación con la USCB. La hipótesis de la USCB acerca de retrocesos en la mortalidad en el Brasil para el período 2000-2025, contribuye a reducir el total de la población en comparación con las estimaciones de la UNPD, y merece un análisis especial, que no puede efectuarse en este informe. Debo decir que, si bien muchos estudios sobre la mortalidad en el Brasil apoyan las proyecciones de la UNPD, hay recientes constataciones que apoyan las de la USCB. Como se indica en el cuadro 1, el Gobierno del Brasil, de conformidad con las estimaciones del IBGE, reconoce los efectos de la mayor mortalidad de hombres jóvenes sobre la esperanza de vida y formula proyecciones de dicha esperanza de vida para 2025 que casi coinciden con las de la USCB, pero para 2050 son inferiores en 6 años a las de la USCB. De manera similar, las proyecciones de Beltrão y Camarano (2001) de la esperanza de vida al nacer son inferiores a las de la USCB y del IBGE. Por ejemplo, para 2025 esos autores calculan una esperanza de vida masculina de 62 años y femenina de 68 años, aun cuando dejan abierta la posibilidad de que en futuros decenios mejore la esperanza de vida.

Los efectos de las diferentes proyecciones son especialmente patentes sobre la estructura de edades. Según la USCB, entre 2025 y 2050 casi se triplica la proporción de ancianos dependientes, desde 7,7 hasta 21,1, mientras que según la UNPD, dicha proporción aumenta apenas 3,1 puntos porcentuales, lo cual parece reflejar los efectos del sostenido régimen de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo que supone la USCB. Carvalho afirma que, aun cuando la mortalidad no desempeñe un papel importante en el futuro de la fecundidad en el Brasil, los adelantos en la mortalidad en los próximos decenios ocurrirán mayormente entre personas de edad avanzada, lo cual puede significar un aumento aun más acelerado en la proporción de ancianos de la población del Brasil (JAC).

Las proyecciones más recientes para el Brasil parecen reforzar anteriores evaluaciones acerca de que las proyecciones de la UNPD son muy buenas a altos niveles de agregación, pero menos válidas a nivel de país. Tengo presente que las proyecciones para el Brasil son un pequeño subconjunto de las proyecciones de la población mundial, y por consiguiente, es difícil para la División de Población tomar en cuenta las opiniones de expertos sobre aspectos específicos de las tasas demográficas para cada país. No obstante, abrigo la esperanza de que la opinión de los expertos brasileños en demografía sirva a la UNPD para formular hipótesis más eficaces como base de sus proyecciones. También desearía hacer constar la importancia del debate sobre proyecciones probabilísticas y la importancia de prestar mayor atención a la incertidumbre en las proyecciones. No cabe duda de que las evaluaciones de errores no mejoran directamente la exactitud de los pronósticos; pero al reconocer correctamente la incertidumbre, aumenta la posibilidad de producir pronósticos para determinados intervalos en los cuales se reflejen más apropiadamente los “razonables senderos futuros” de la fecundidad (Alho, 1997; Lutz y otros, 1998).

Fuerzas que conformarán la fecundidad en el Brasil

La bibliografía demográfica y las opiniones de la mayoría de los expertos demógrafos brasileños coinciden en que el legado demográfico brasileño y el actual comportamiento reproductivo, muy probablemente han de determinar la fecundidad brasileña en los

15 La pregunta No. 5 fue: “En su opinión, ¿cuáles serán los factores o los principales indicadores que pueden ser especialmente pertinentes y útiles para formular hipótesis plausibles sobre la futura fecundidad en el Brasil?”

16 La “acelerada expansión de la población de jóvenes” es resultado de un aumento del 55% en las cohortes nacidas entre 1965 y 1980, en comparación con cohortes anteriores (Bercovich y Madeira, 1999/2000).

17 Esta proporción resulta, en líneas generales, de un 43% de mujeres esterilizadas, un 40% de mujeres infecundas, un 12% de mujeres sin hijos que no quieren tenerlos, y un 21% de mujeres con hijos que no quieren tener más hijos.

18 Los datos para este estudio proceden de las DHS de 1986 y de 1996 que indican: 1) un aumento en la tasa de fecundidad de los adolescentes (15 a 19 años), desde 74,2 hasta 86,3; 2) una disminución de la mediana de edades al dar a luz por primera vez, desde 20,9 hasta 19,8; y 3) un aumento de la cantidad de mujeres (15 a 49 años) que alguna vez estuvieron casadas y que han tenido más de una unión, desde 9,6% hasta 13,3% (Leone y Caetano, 2002).

próximos decenios¹⁵. Asimismo, hay consenso acerca de que futuras leyes y políticas relativas a la esterilización, la equidad entre los géneros y el apoyo público también podrán conformar el futuro de la fecundidad brasileña.

Legado demográfico y actual comportamiento reproductivo

En el año 2000, un 39% de la población brasileña era menor de 20 años de edad, lo cual fue en parte resultado de una “marejada de jóvenes”, hijos e hijas de la gran cantidad de madres nacidas durante el período de alta fecundidad¹⁶. Estos jóvenes, que en su mayoría constituyeron el grupo de 15 a 24 años a comienzos del decenio de 1990, han reducido su fecundidad y están contribuyendo a los actuales niveles cercanos a los de reemplazo (tasa de fecundidad total 2,3). En el lapso 1970-1988, la fecundidad experimentó un “proceso de rejuvenecimiento”, en que correspondió al grupo de 15 a 24 años de edad un 30% de los alumbramientos al comienzo del período y un 45% al finalizar dicho período. Entre 1988 y 2000, esta última proporción se mantuvo constante. Al mismo tiempo, entre 1986 y 1996, como ya se señaló, aumentaron las tasas de esterilización entre las mujeres jóvenes casadas (20 a 24 años), desde 4% hasta 11%. También son llamativas las intenciones reproductivas de las mujeres brasileñas, al igual que sus prácticas reproductivas. En 1996, un 80% de las mujeres brasileñas casadas en edad de procrear manifestaron que no querían o no podían tener más hijos¹⁷ y el 44% de las mujeres que no utilizaban ningún método anticonceptivo dijeron que considerarían la posibilidad de recurrir a la esterilización como método de control de su fecundidad. Colectivamente, esos indicadores demográficos sugieren que existe una “trampa de fecundidad”, en función de la cual se llegará inexorablemente a niveles inferiores a los de reemplazo.

Los demógrafos brasileños piensan que entre las fuerzas capaces de cambiar el momento de procrear, así como los niveles y la pauta de edades de la fecundidad en el Brasil, figuran los cambios en la prevalencia de la “combinación” de métodos anticonceptivos, los alumbramientos fuera del matrimonio, u otras variables que podrían reducir el tiempo durante el cual hay probabilidad de procrear, por ejemplo, la edad media al contraer matrimonio y la cohabitación (LRW, JAC, ERN, KB). Al respecto, es importante señalar que, si bien entre las mujeres que cohabitan la fecundidad es superior a la reinante entre las mujeres casadas legalmente, durante el período 1976-1984 hubo un aumento en el índice limitante de parejas que cohabitan (grado de control de la fecundidad después de 10 años de matrimonio), lo cual condujo a una convergencia de las tasas de fecundidad entre parejas casadas y parejas que cohabitan (Lazo, 1994).

Las crecientes tasas de inestabilidad conyugal ilustran las cambiantes expectativas acerca de la permanencia del matrimonio en el Brasil. Entre los censos de 1991 y de 2000 aumentó la cohabitación desde 18% hasta 28%; y entre 1986 y 1996 también cambió la proporción de mujeres en edad de procrear que habían estado en más de una unión, desde 10% hasta 13%. En los últimos dos decenios, las tasas de separación y de divorcio se duplicaron con creces y recientes reformas en las leyes de divorcio y patria potestad reforzaron las cambiantes actitudes y comportamientos. Las parejas casadas tienen menor cantidad de hijos y va en aumento el número de mujeres que tienen hijos fuera del matrimonio. A comienzos del decenio de 1990, más del 15% de todos los alumbramientos en el Brasil correspondían a madres solteras.

El análisis de los efectos potenciales del aumento de la fecundidad en la adolescencia y de la inestabilidad matrimonial sobre la tasa de fecundidad total brasileña sugiere que, en ausencia del aumento del embarazo en la adolescencia y de la inestabilidad de los matrimonios, la declinación de la fecundidad habría sido más pronunciada¹⁸ (Leone y Caetano, 2002). Se constata que entre 1986 y 1996, la tasa de fecundidad total en el Brasil parecería haber aumentado en un 2,4% debido a la fecundidad en la adolescencia, manteniendo constantes la pauta de uniones y los niveles de esterilización; y si se aplicarían a todas las mujeres las tasas de fecundidad de las que han tenido sólo una unión, en 1996 la tasa de fecundidad total habría sido superior en 3,2%, manteniendo constantes

los niveles para 1996 de las tasas de fecundidad y de esterilización. Al mismo tiempo, un análisis de los efectos de la esterilización sobre la fecundidad en el Brasil indica que a mediados del decenio de 1980, la tasa de fecundidad era inferior en 17% a la que habría existido en ausencia de la esterilización, y hacia mediados del decenio de 1990, se calculaba que los efectos de la esterilización sobre la reducción de la fecundidad llegaban al 26%. En consecuencia, Leone y Caetano llegan a la conclusión de que los efectos de la difusión de la esterilización femenina fueron superiores a los efectos positivos de las otras dos variables, y contribuyeron a reducir la tasa de fecundidad total en el Brasil.

Finalmente, una menor fecundidad posibilita que las mujeres participen más ampliamente en actividades fuera del hogar y, en la mayoría de los casos, las mujeres suelen encontrar menos atrayente la labor cotidiana “siempre de guardia” de la crianza de los hijos (Presser, 1995). Entonces, el efecto positivo de la disminución de la fecundidad sobre las vidas de las mujeres y el grado de viabilidad de que se restaure el tipo de familia tradicional, en que el esposo trabaja para mantener a la familia y la esposa realiza tareas domésticas, han pasado a ser cuestiones fundamentales en toda reflexión acerca del futuro de la fecundidad. Dado que las investigaciones cuantitativas y cualitativas llegan a la conclusión de que continuará la participación en el mercado laboral de las mujeres brasileñas de diferentes grupos sociales, así como sus mejores niveles de educación y su activa participación en otras esferas públicas, resulta improbable la restauración del mencionado modelo de la familia tradicional, el cual estimularía una inversión de la tendencia descendente de la fecundidad en el Brasil. Aun cuando las mujeres brasileñas tienen conciencia de los costos físicos y emocionales del doble trabajo, no están dispuestas a abandonar el empleo fuera del hogar, pese a que la remuneración suele ser modesta, dado que dicho empleo posibilita una mayor independencia y acrecienta el poder de negociación en el hogar (Sarti y otros, 1990). Aun cuando deseen tener hijos, pueden terminar decidiendo tener menor cantidad o no tener ningún hijo. Ése es especialmente el caso de las mujeres jóvenes, debido a que poseen un nivel de educación más alto que el de las generaciones anteriores, están mejor informadas acerca de la sexualidad y la anticoncepción, y tienen más oportunidades en el mercado laboral y más probabilidades de obtener independencia económica.

Ley de esterilización¹⁹ y políticas públicas

Pese a los esfuerzos de los movimientos de mujeres y a las frustradas iniciativas de los servicios públicos de planificación de la familia en cuanto a ofrecer múltiples opciones de métodos anticonceptivos, a mediados del decenio de 1990 las mujeres brasileñas seguían enfrentando opciones dramáticas: “o bien recurrir al aborto clandestino, o bien someterse a esterilización, o bien continuar con un embarazo no deseado” (Berquó, 1990, pág. 125). Las altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad (114 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos en 1991) y las crecientes tasas de esterilización, ambas relacionadas directamente con el uso abusivo de la operación cesárea, son indicadores de las dificultades para ejecutar programas de salud de la mujer. No obstante, es importante señalar que en la segunda mitad del decenio de 1990 se registraron algunos adelantos con respecto a la atención prenatal, la asistencia obstétrica y el acceso al aborto en caso de violación o riesgo para la vida de la madre (Corrêa y otros, 1998).

En la Constitución de 1988 se estableció el derecho a la planificación de la familia, así como la responsabilidad al respecto del Gobierno brasileño. Pero la ley ordinaria que reglamenta esta disposición constitucional recién se aprobó nueve años después. En 1997 se aprobó la Ley que establece normas claras para los procedimientos de esterilización, aun cuando es probable que no se la aplique en la práctica hasta dentro de otros 5 años, a juzgar por la experiencia anterior. Corrêa (2001) señala que “las distorsiones en la prevalencia del uso de anticonceptivos (y el alto porcentaje de operaciones cesáreas asociadas a la esterilización), que se cristalizaron a lo largo de 10 años de demora en la aplicación de las políticas, no se han de contrarrestar tan fácilmente”. En verdad, un reciente estudio confirma que la aplicación de la Ley de esterilización está lejos de ser adecuada y esto condujo a Berquó y

¹⁹ La Ley de esterilización fue aprobada en agosto de 1997 y establece: 1) la esterilización es un derecho de los hombres y las mujeres mayores de 25 años; 2) las personas que solicitan esterilización en el sistema de salud pública deben esperar 60 días a partir del momento en que presentan la solicitud, un período durante el cual recibirán asesoramiento psicosocial acerca de las opciones de otros métodos anticonceptivos y los posibles efectos secundarios de la esterilización; 3) sólo se autorizarán esterilizaciones de postparto (dentro de las 48 horas posteriores al alumbramiento) cuando existe una indicación médica, por ejemplo, una historia de múltiples cesáreas. El Ministerio de Salud puso en vigor la reglamentación de los servicios de esterilización ofrecidos en hospitales públicos, incorporando el procedimiento quirúrgico en su lista de procedimientos médicos reembolsables y confiriendo a los estados y las municipalidades la facultad de otorgar licencia a los establecimientos del sistema de salud pública para que ofrezcan ligadura de trompas y apliquen la Ley. En consecuencia, los hospitales que tienen una licencia son los únicos establecimientos autorizados a recibir pagos correspondientes a procedimientos de esterilización (Ministerio de Salud, 1997).

Cavenaghi (2002) a la conclusión de que “es poco lo que la Ley ha cambiado la práctica usual de esterilización, pese a que no se satisfacen los derechos reproductivos individuales”.

La influencia del Estado brasileño sobre las variaciones en la fecundidad ha sido ampliamente debatida (Goldani, 2001). Algunos expertos brasileños en demografía conciben en que el papel del Estado y de las políticas públicas tendrá importancia crítica para cualquier posibilidad de invertir la tendencia hacia niveles de fecundidad inferiores a los de reemplazo. Si el Estado brasileño no efectúa una sustancial inversión en la modificación de las condiciones estructurales causantes de la baja fecundidad, y si no formula un conjunto de “políticas en pro de la mujer”, será muy difícil invertir las tendencias actuales (ERN, SC). La incertidumbre acerca de los efectos de las políticas públicas abarca incertidumbre acerca del momento en que se las aplicará, de los recursos disponibles y de la aceptación por el público, como ocurre con el caso de la legalización del aborto.

Los efectos de la Ley de esterilización (1997), en lo concerniente a mantener entre las jóvenes una “fecundidad potencial”, sólo podrán lograrse si van sistemáticamente acompañados de una eficaz política de aumento del acceso a métodos anticonceptivos reversibles, lo cual recién comienza. También es importante reconocer que los niveles de esterilización en el Brasil no serían los mismos si el aborto no fuera ilegal y riesgoso. Por ende, en un marco caracterizado por “una cultura de esterilización”, los crecientes suministros de métodos reversibles deberían ir acompañados de un mayor acceso al aborto, a fin de garantizar un respaldo cuando fallan los métodos reversibles. En consecuencia, el “momento en que se aplican las políticas” pasa a ser un factor de importancia crucial, debido a que la experiencia brasileña ha sido de prolongadas demoras en la correcta aplicación de las leyes y programas de salud necesarios. Considérese que la Ley de esterilización de 1997 todavía no está plenamente en vigor. Por lo tanto, incluso en un ámbito social y normativo más favorable, el cual parecería ser el caso en el Brasil, los efectos o influencias de las buenas políticas de salud reproductiva no serán visibles antes de que transcurran 5 años. [Al respecto], la posibilidad de legalizar el aborto y de obtener apoyo público universal para que las mujeres puedan sobrellevar la carga social de la reproducción sigue siendo remota. También tiene importancia crítica tener en cuenta que ninguna de esas medidas dará buen resultado si no hay enérgicas disposiciones para lograr la equidad entre los géneros (SC).

En consecuencia, las necesidades de millones de mujeres brasileñas no se satisfacen, la vigencia de sus derechos reproductivos no se garantiza, y en los próximos dos decenios el Brasil experimentará un aumento de un 15% en el tamaño de la población en edad de procrear. Se va intensificando la preocupación acerca de que cada vez serán más escasos los suministros de productos de salud reproductiva para la planificación de la familia, la maternidad sin riesgo y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual debido a factores económicos y a desigualdades reinantes en el Brasil, sumados a la reducción de la asistencia internacional. O como bien lo expresa Corrêa (2001), “el principal problema que enfrentamos en todo el mundo no es la escasez de recursos en sí misma, sino más bien el problema de una distorsión en la distribución de los recursos —entre hombres y mujeres, entre países del Norte y del Sur, y entre los sectores público y privado”. Por consiguiente, las medidas encaminadas a movilizar los recursos públicos y privados y a entablar alianzas para tratar de abordar estas cuestiones tienen importancia crucial. Asimismo, el Gobierno brasileño debe reforzar su obligación de rendir cuentas en cuanto a abordar las prioridades de la política social, a fin de evitar los ya mencionados retrocesos en las condiciones de salud y en la mortalidad.

Relaciones entre los géneros y sistemas públicos de apoyo

La extraordinaria persistencia de las jerarquías en la familia y en las cuestiones de género, así como sus efectos sobre la disminución de la fecundidad, son cuestiones de importancia crítica y gran interés, cuyo análisis está ausente en las diversas explicaciones de la

declinación de la fecundidad en el Brasil (Goldani, 2001). En un estudio sobre el Noreste que empleó datos de la DHS de 1991, analicé los efectos de la igualdad entre los cónyuges sobre la tasa de fecundidad total. Comprobé que los niveles igualitarios con respecto a opciones reproductivas eran muy bajos —sólo en un 52% de las parejas había al menos algún grado de igualdad— y que por cada incremento de un punto en una escala de la igualdad con un máximo de tres puntos, había una reducción de más de la mitad de un hijo (-0,570) entre parejas cuya unión tenía la misma duración y cuyo número ideal de hijos era el mismo (Goldani, 1999-2000). Un estudio basado en la DHS de 1996 sugiere que si bien en promedio, los objetivos de los hombres en materia de fecundidad no son muy diferentes de los de sus esposas²⁰, los procesos de negociación entre cónyuges para resolver diferencias pueden arrojar resultados sistemáticamente más altos o más bajos que los basados en las percepciones de uno u otro cónyuge. Además, el autor de ese estudio llegó a la conclusión de que no hay pruebas de que las preferencias de los hombres tiendan a prevalecer sobre las de sus esposas al definir los niveles reales de fecundidad, tanto en el Brasil como en otros países de América Latina (Hakkert, 2001).

Considerando la reproducción desde un punto de vista masculino, un estudio de dos generaciones de hombres brasileños de clase media indicó que sus prácticas anticonceptivas pueden comprenderse mejor como parte de la dinámica entre los géneros. Se señala como comprobación inesperada la importancia del condón (preservativo) y del método del ritmo en las clases medias de la mayor metrópolis del Brasil (São Paulo), pero esta constatación es compatible con las manifestaciones de los encuestados, particularmente en las cohortes más jóvenes, que piensan que la píldora anticonceptiva es perjudicial para la salud de la mujer. Si bien hay indicios de cambio en las cohortes más jóvenes, los autores destacan la necesidad de impartir programas educativos sobre cuestiones de género en beneficio de los hombres, para ayudarlos a negociar mejor el uso de anticonceptivos (Oliveira y otros, 2001).

Las mujeres brasileñas, que son jefas de una cuarta parte de todos los hogares y representan actualmente casi la mitad de la fuerza laboral remunerada, han logrado importantes adelantos en la esfera pública, pero tales adelantos han tenido escasos efectos sobre las decisiones individuales y familiares que afectan sus vidas. Sigue siendo difícil la negociación de las relaciones entre los géneros, incluso para las mujeres que tienen empleo remunerado. En 1996, por cada 100 mujeres casadas que trabajaban y tenían hijos menores de 5 años, 23 cuidaban por sí solas a sus hijos mientras que en sólo cuatro casos los esposos ayudaban. En el 46% de los casos, otros parientes eran los principales encargados de ayudar a la mujer²¹, y el resto dependía de otras soluciones, especialmente personal remunerado para cuidar a los niños. El aumento del número de familias en que ambos cónyuges aportan ingresos, que en 1995 constituían un 52% del total de familias, así como el aumento de la cantidad de familias con un único progenitor, que además está empleado, suscitó preocupaciones acerca de la calidad de las prestaciones ligadas al empleo, entre ellas licencia de maternidad, políticas de equidad en el salario y servicios de guarderías infantiles. A medida que las madres que trabajan pasan a ser la norma, el equilibrio entre el trabajo y la familia se va haciendo más difícil, debido a que persisten los tradicionales papeles de género. Una encuesta realizada en 1997 en las regiones Sudoriental y Nororiental, donde residen aproximadamente dos terceras partes del total de la población del país, comprobó que del total de la población que trabaja, un 79% de las mujeres y sólo un 29% de los hombres dedicaban tiempo a las tareas domésticas. Entre esos hombres y esas mujeres ocupadas a la vez de “trabajo productivo” y de tareas en el hogar, las mujeres dedicaban 61 horas semanales a ambas actividades, mientras que los hombres sólo dedicaban 46 horas (Goldani, 1999-2000).

En consecuencia, a lo largo del tiempo la reorganización de la vida de la familia en el Brasil se ha tornado cada vez más costosa para las mujeres y, al mismo tiempo, han aumentado los costos de la crianza de los hijos. La crianza de los hijos debería ser una creciente responsabilidad colectiva y el Estado debería formular políticas para conciliar la vida en familia con el trabajo. Las políticas públicas tienen importancia crucial para

20 Según la DHS de 1996, la mediana del tamaño ideal de la familia a que aspiran las parejas brasileñas, cuando al menos un miembro declaró un número definido, fue de aproximadamente 2,6 hijos para la esposa y 2,9 para el esposo. Pero si se supone que los desacuerdos entre los cónyuges se resuelven sistemáticamente optando por el número mayor como tamaño ideal de la familia para ambos miembros de la pareja, esto arrojaría un promedio de 3,4 hijos; por otra parte, si se escoge el número más pequeño, el tamaño medio de la familia sería 2,0 (Hakkert, 2001, pág. 20).

21 Los datos de la misma encuesta también indican que, aun cuando sólo unos pocos esposos cuidan a los hijos mientras sus esposas trabajan, muchos de ellos son quienes deciden en qué debe utilizarse el sueldo de sus esposas. Para el total de mujeres brasileñas que viven en unión, trabajan y tienen un ingreso, un 63% de ellas manifiestan que deciden por sí mismas en qué se utiliza su sueldo, un 30% dicen que adoptan la decisión junto con su esposo, y un 7% dicen que son sus esposos quienes deciden en qué se gasta el sueldo (Goldani, 1999-2000).

transformar las responsabilidades asignadas a ambos géneros y, por ende, también la anticoncepción y la crianza de los hijos, como lo ha demostrado la experiencia en algunos países industrializados (Corrêa, 2002; Goldani, 2001).

La igualdad entre los géneros —la más importante “condición posibilitante”, aspecto medular de los actuales enfoques de políticas de población— también es la clave para evitar una fecundidad inferior a los niveles de reemplazo. En los países industrializados, las mujeres suelen aspirar a tener 2 hijos. Si la organización por la sociedad de la “economía del cuidado de los hijos” no colocara una enorme carga sobre los hombros de quienes desean al mismo tiempo tener hijos y tener una carrera, sería bien posible lograr un aumento de la fecundidad (Barroso, 2001).

Observaciones finales

Como conclusión diré que en el Brasil, al igual que en la mayoría de los demás países, no hay una única condición previa o un único factor determinante de las opciones individuales y sociales relativas a las futuras variaciones de la fecundidad. No obstante, el hecho de no haber podido determinar “los factores clave” no debería desalentar las medidas para incorporar en las proyecciones algunos de los elementos mencionados. Así, entre los indicadores a considerar figuran los siguientes: *a)* cambios estructurales que afectan los beneficios y los costos de criar y educar a los hijos; *b)* disminuciones en la mortalidad de menores de un año y de adultos jóvenes; *c)* aumentos en el nivel de educación de la mujer y de su participación en el mercado laboral; *d)* ampliación de los medios de acción social de la mujer y mayor preocupación por la igualdad entre los géneros; *e)* cambiantes normas sociales, en el marco del alto valor de los hijos; *f)* planificación de la familia como política pública; *g)* la Ley de esterilización; *h)* la combinación de métodos anticonceptivos; e *i)* el tamaño de la familia deseado o preferido.

Las proyecciones de población sirven para que tomemos conciencia de posibles futuras tendencias y contribuyen a ampliar los horizontes de los responsables políticos, para que no queden limitados a las prioridades a corto plazo. Es importante señalar que la UNPD da a conocer no una, sino tres de las llamadas variantes, todas ellas consideradas oficialmente como igualmente plausibles. Las diferencias entre la variante baja y la variante media para el Brasil arrojan unos 51 millones de personas para 2050, en comparación con una diferencia de 40 millones de personas entre la variante media de las Naciones Unidas y la *U.S. Census Bureau*. Teniendo presentes esas diferencias, reconocemos que las proyecciones son útiles para abordar los problemas suscitados por los cambios en las estructuras demográficas por sexo y por edad. En lugar de denegar esas perspectivas o hacer caso omiso de ellas, es preciso que las analicemos a fin de promover un intercambio de ideas sobre políticas para abordar las implicaciones de las tendencias de la población del Brasil, entre ellas: *a)* la creciente cantidad de personas de edad y sus consecuencias para las relaciones entre los géneros y entre las generaciones; *b)* las demandas de educación; *c)* los sistemas de pensión; *d)* las relaciones entre el trabajo y la familia; y *e)* la equidad entre los géneros. Finalmente, deberíamos recordar que las proyecciones van cambiando a medida que va cambiando la realidad en respuesta a diferentes circunstancias; a mi juicio, esto sólo refuerza la importancia de combinar formulaciones probabilísticas subjetivas y objetivas del grado de error, a fin de dar a los usuarios una determinación más realista del nivel de incertidumbre en los pronósticos demográficos para este nuevo siglo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alho, Juha M. (1997). Scenarios, Uncertainty and Conditional Forecasts of the World Population. *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 160, No. 1, págs. 71 a 85.
- Barroso, Carmen (2001). Forum. Is There a Population Implosion? *ECSP Report*, Issue 7, April 2001. Environmental Change and Security Project (ECSP), Woodrow Wilson Center.

- Beltrão, Kaizo, y Ana Amélia Camarano (2001). Projeções de População para o Brasil: Estimativas de Mortalidade. ENCE/IPEA. Publicación mimeografiada.
- BEMFAM, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (1997). *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996*. BEMFAM/DHS/IBGE/UNICEF/FUNAP/ AID/INAN. Rio de Janeiro.
- Bercovich, Alicia, y Felicia Madeira (1999/2000). Demographic Discontinuities in Brazil and in the State of São Paulo. *Journal of Population Studies*, V.2:5-26. Asociación Brasileña de Estudios de Población, ABEP. Campinas, São Paulo, Brazil.
- Berquó, Elza (1999). Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. En: Giffin, Karen y Sarah H. Costa, Org. Questões da Saúde Reprodutiva. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- Berquó, Elza (1999a). Sterilization and Race in São Paulo. En: Reichmann Rebecca, Compiladora. *Race in Contemporary Brazil: From Indifference to Equality*. The Pennsylvania State University Press. University Park, Pennsylvania.
- Berquó, Elza, y Suzana M. Cavenaghi (2002). The Impacts of the Voluntary Sterilization Law on Reproductive Rights of Men and Women. Ponencia presentada en la Reunión Anual de la *Population Association of America*, 9 a 11 de mayo, Atlanta, Georgia.
- Caetano, André Junqueira (2001). Fertility Transition and the Diffusion of Female Sterilization in Northeastern Brazil. The Roles of Medicine and Politics. En el CD-ROM de la XXIV Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, IUSSP. Salvador, Bahía, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Camarano, Ana Amélia, Hertton E. Araujo e Isabella G. Carneiro (1999). Tendências da Fecundidade Brasileira no Século XX: Uma Visão Regional. En: Giffin, Karen y Sarah H. Costa, Org. Questões da Saude Reprodutiva. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- Camarano, Ana Amélia (1996). Fertility transition in Brazil in the Twentieth Century: a comparative study of three areas. London School of Economics and Political Science-Tesis de Doctorado, Universidad de Londres.
- Carvalho, José Alberto Magno de (1997/98). Demographic Dynamics in Brazil Recent Trends and Perspectives. *Brazilian Journal of Population Studies*, v.1:5-24. Asociación Brasileña de Estudios de Población, ABEP, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Rio de Janeiro.
- Carvalho, José A. M. de, Claudia J. G. Horta y Simone Wajnman (2000). "Construindo uma medida do tempo medio despendido pelas cortes de mulheres com os cuidados de filhos pequenos". En: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Caxambú, Minas Gerais.
- Corrêa, Sônia (2001). Is There a Population Implosion? *ECSP Report*, Issue 7, April, 2001. Environmental Change and Security Project (ECSP), Woodrow Wilson Center.
- Corrêa, Sônia, Sérgio Piola y Margareth Arilha (1998). Cairo em Ação: Estudo de Caso Brasil. Parte I: Perfil, Antecedentes, Cenário Nacional. Texto inédito.
- Faria, Vilmar Evangelista (1997/98). Government Policy and Fertility Regulations: Unintended Consequences and Perverse Effects. *Brazilian Journal of Population Studies*, v.1 1997/1998. Asociación Brasileña de Estudios de Población, ABEP, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Rio de Janeiro.
- Formiga Filho, José Ferreira (1999). Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. En: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios. Orgs. Loren Galvão y Juan Díaz. Capítulo 4, págs.: 151-162. Editôra Hucitec, Population Council. São Paulo.
- Goldani, Ana Maria (1999/2000). Gender Relations and Fertility in Northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Population Studies*, Vol. 2, págs. 69-96. Asociación Brasileña de Estudios de Población, ABEP. Campinas, São Paulo, Brasil.
- Goldani, Ana Maria (2001). Rethinking Brazilian Fertility Decline. En el CD-ROM Brazilian Demography Sessions, ABEP/IUSSP. XXIV Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Hakkert, Ralph (2001). Levels and Determinants of Wanted and Unwanted Fertility in Latin America. En el CD-ROM de la XXIV Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.

- Horta, Claudia J. Guimarães, José Alberto M. de Carvalho y Luís Armando de M. Frías (2000). Recomposição da Fecundidade por Geração para Brasil e Regiões: Atualização e Revisão. En: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Caxambú, Minas Gerais.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Tábua de Vida (2002). Tomado de: www.ibge.gov.br/ibge.../tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm. Sitio visitado en febrero de 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Projeção de População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 (Revisão 2000). Projeto UNFPA/Brasil (Bra98/P08). Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sócio Demográfico (DEPIS/IBGE) Departamento de População e Indicadores Sociais.
- Lam, David, y S. Duryea (1999). Effects of Schooling on Fertility, Labor Supply and Investments in Children, with Evidence from Brazil. *Journal of Human Resources*, vol. 34, págs. 443 a 454.
- Lazo, Aída Verdugo (1994). Marital fertility in Brazil: Differentials by Type of Union and its Importance in the Fertility Transition, 1976-1991. DHS Working Paper No. 15. Calverton, Maryland.
- Leone, Tiziana, y André Caetano (2002). Can the level of Brazilian Fertility Be Even Lower? Ponencia presentada en la Reunión Anual de la *Population Association of America*, 9 a 11 de mayo, Atlanta, Georgia.
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson Sergei Scherbov (1998). Expert Based Probabilistic Projections. En: *Frontiers of Population Forecasting*. Compiladores: Wolfgang Lutz, J. Vaupel y D. Ahlburg, Suplemento de *Population and Development Review*, vol. 24, págs. 139 a 155.
- Martine, George (1996). Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors. *Population Development Review*, vol. 22, No. 1, págs. 47 a 75.
- Ministério da Saúde (1997). Sitio Web del Gobierno del Brasil: <http://www.saude.gov.br>. Sitio visitado en 2002.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Volume I, *Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: E.01.XIII.8).
- _____ (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Volume II, *The Sex and Age Distribution of the World Population* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: E.01.XIII.9).
- Oliveira, Maria Coleta, Elizabeth D. Bilac y Malvina Muszkat (2001). Men and Contraception: A Study on Middle-Class Brazilian Men. En: CD-ROM de la Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Brasil, 18 a 24 de agosto de 2001.
- Pastore, José, y Nelson do Valle Silva (2000). Mobilidade Social no Brasil. MAKRON Books do Brasil Editora Ltda. São Paulo.
- Potter, Joseph E, Carl Schmertmann, y Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and Development: Evidence from Brazil. Texto inédito.
- Potter, Joseph E. (1999). The Persistence of Outmoded Contraceptive Regimes. The Cases of Mexico and Brazil. *Population Development Review*, vol. 25, No. 4, págs. 703 a 739.
- Presser, Harriet B. (1995). Are the Interests of Women Inherently at Odds with the Interests of Children or the Family? A View Point. En: *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, K. Mason y A. Jensen, compiladores. Oxford University Press, págs. 279 a 319.
- Rios Neto, Eduardo G. (2000). Passado, Presente e Futuro da Fecundidade Brasileira. Discurso de la Presidencia. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Asociación Brasileña de Estudios de Población (ABEP). Caxambú, Minas Gerais.
- Sarti, Cynthia Andersen, C. Simonette y Cristina Bruschini (1990). Género em Geração de Renda. Programa UNICEF/FENAPE. São Paulo.
- U.S. Census Bureau (1999). World Population Profile: 1998 Report WP/98. Washington DC: US Government Printing Office.
- _____ (2000). National Population Projections. <http://www.census.gov/population/www/projections/natproj.html>. Sitio visitado en enero de 2002.
- Wong, Laura Rodríguez (2001). Below Replacement Fertility Levels in the Brazilian Metropolitan Cities-1991-2010. Cartel presentado en la Reunión Anual de la *Population Association of America* (PAA), Washington, DC.

RECONOCIMIENTOS

Agradezco a mis colegas brasileños (los expertos brasileños en demografía) que respondieron a mi encuesta y formularon observaciones y sugerencias acerca del futuro de la fecundidad en el Brasil. No obstante, asumo plena responsabilidad por el contenido de este informe. También agradezco a Aida V. Lazo su asistencia en el seguimiento ante los expertos brasileños en demografía y la obtención de datos; y a Ana Paula P. Walker (UCLA), Ana Roberta Pascom (IPEA) y Luciano Duarte (ENCE) por su asistencia en la investigación. También agradezco particularmente a Eduardo Eric Telles sus observaciones y revisiones de este informe.

Los cambios de fecha de la fecundidad de reemplazo de la India: repaso de las tendencias recientes de fecundidad y perspectivas futuras

*P. N. Mari Bhat**

INTRODUCCIÓN

En 1952, se inauguró en la India el primer programa de planificación de la familia del mundo dirigido a reducir el crecimiento de la población. Pero desde entonces, como ha señalado acertadamente un sagaz observador, ha sido “una epopeya de grandes expectativas y resultados decepcionantes” (Srinivasan, 1998). Los objetivos resueltamente optimistas enunciados en varios documentos y declaraciones de políticas se han ido posponiendo continuamente, hasta el punto de que ya no interesan a nadie. El crecimiento sin precedentes de población registrado en el censo de 1961 impulsó a las autoridades a establecer el objetivo de alcanzar una tasa bruta de natalidad de 25 por mil en 1972. Este objetivo no se ha logrado ni siquiera en 2002. A partir del decenio de 1980, se ha convertido en práctica común fijar objetivos de tasas netas de reproducción. En consecuencia, en 1981, se fijó el objetivo de alcanzar una tasa neta de reproducción de 1 para el año 2000. En los documentos del plan, esta fecha se postergó a 2006-2011 a mediados del decenio de 1980 y, posteriormente, a 2011-2016, a comienzos del de 1990. Es interesante señalar que la Política Nacional de Población anunciada en 2000, tal vez para recalcar su compromiso renovado a la estabilización de la población, adelantó la fecha para el año 2010.

Mientras tanto, el sistema de registro por muestreo, principal fuente de información de tasas vitales de la India, muestra que las tasas de fecundidad han disminuido efectivamente desde 1971, aun cuando la reducción está ocurriendo a un ritmo mucho más lento de lo previsto. Según esta fuente, la tasa global de fecundidad ha caído de 5,1 en 1971-1973 a 3,2 en 1996-1998. Es posible que el ritmo real de descenso haya sido más rápido de lo que indica esta fuente, ya que es probable que, con los años, los informes de natalidad con arreglo al sistema hayan mejorado y sean ahora más completos. La finalidad del presente documento es examinar los niveles y las tendencias actuales de fecundidad y sugerir la fecha probable en que la India alcanzará la fecundidad de reemplazo. También se repasarán brevemente los factores que contribuyen a la reducción actual y se harán algunas conjeturas respecto a la posibilidad de que la India llegue a tener un déficit de fecundidad.

NIVELES Y TENDENCIAS RECIENTES DE FECUNDIDAD

Mediante la aplicación del método general del crecimiento equilibrado, he demostrado que durante el decenio de 1981 a 1991, el sistema de registro por muestreo estuvo subestimando la mortalidad de los adultos en cerca de un 8% a un 9%, y la tasa de natalidad en

* Institute of Economic Growth, University Enclave, Delhi, India.

cerca de un 7% (véase Bhat, 2002a). Esta conclusión está respaldada por una aplicación reciente del método de los hijos propios a los datos de dos rondas de la encuesta nacional sobre salud de la familia (ENSF) (Retherford y Mishra, 2001). Este análisis mostraba que la tasa general de fecundidad era un 9,6% más alta que la estimación correspondiente del sistema de registro por muestreo de 1978 a 1992 (es decir, un período de 15 años antes de la primera encuesta nacional sobre salud de la familia, de 1992-1993) y un 6,8% más alta de 1984 a 1998 (es decir, un período de 15 años antes de la segunda encuesta, de 1998 a 1999). Una importante consecuencia de este resultado es que las tasas globales de fecundidad basadas en el sistema de registro por muestreo son más bajas, pero subestiman el ritmo del descenso de la fecundidad en la India.

Una conclusión similar se extrae del análisis de los resultados preliminares del censo de 2001. Mediante la proyección retrospectiva de la población superviviente de 0 a 6 años en 2001 (usando las tasas de mortalidad en la niñez del sistema de registro por muestreo) he estimado la tasa bruta de natalidad del período de 7 años anterior al censo. Estas estimaciones de la tasa bruta de natalidad se convirtieron en estimaciones de la tasa global de fecundidad usando sus coeficientes del sistema de registro por muestreo.

En el cuadro 1 se muestran estas estimaciones de la tasa global de fecundidad junto con tasas globales de fecundidad, similarmente estimadas, a partir de los censos de 1981 y 1991, de los principales estados de la India. Las estimaciones de la tasa global de fecundidad basadas en el censo tienden a ser ligeramente más bajas que las derivadas del sistema de registro por muestreo para los períodos correspondientes. Esto era de esperar, debido a las omisiones en el empadronamiento de la población infantil en el censo. Pero es interesante que indican una reducción más rápida de la fecundidad global que el sistema de registro por muestreo. De este modo, el porcentaje de descenso implícito de la fecundidad en toda la India es el 15% de 1977 a 1987, frente a un 11% según la estimación del sistema de registro por muestreo y un 22% de 1987 a 1997, en vez del 19%, según el sistema de registro por muestreo.

Cuadro 1

Estimaciones de la tasa global de fecundidad obtenida mediante la proyección retrospectiva de la población superviviente de 0 a 6 años de edad empadronada en los censos de 1981, 1991 y 2001, y estimaciones del sistema de registro por muestreo (SRM) para el período correspondiente, para toda la India y sus estados principales

Estados	Sistema de registro por muestreo			Estimación por proyección retrospectiva del censo			% de caída, c.1977-1987		% de caída, c.1987-1997		Cambio de la tasa de caída	
	1974-1980	1984-1990	1996-1998	1974-1980	1984-1990	1994-2000	SRM	Censo	SRM	Censo	SRM	Censo
Andhra Pradesh	4,27	3,52	2,49	4,30	3,44	2,24	17,5	20,2	29,3	34,7	11,9	14,5
Assam	4,20	3,85	3,22	nd	4,11	3,14	8,4	nd	16,4	23,6	8,0	nd
Bengala occidental	nd	3,60	2,54	4,04	3,58	2,54	nd	11,6	29,6	28,8	nd	17,3
Bihar	nd	5,31	4,38	5,73	5,38	4,59	nd	6,1	17,5	14,6	nd	8,5
Gujarat	4,92	3,66	3,00	4,61	3,40	2,74	25,6	26,2	18,1	19,6	-7,5	-6,6
Haryand	5,32	4,37	3,41	5,23	4,14	3,17	17,8	20,8	21,9	23,5	4,0	2,7
Himachal Pradesh	4,10	3,52	2,39	4,21	3,26	2,08	14,1	22,6	32,1	36,3	17,9	13,6
Karndtaka	3,67	3,47	2,48	4,22	3,36	2,25	5,5	20,3	28,4	33,0	23,0	12,7
Kerala	3,14	2,17	1,83	2,95	2,05	1,75	30,8	30,5	15,8	14,7	-15,0	-15,8
Madhya Pradesh	5,51	4,89	3,98	5,64	4,91	3,80	11,2	13,0	18,8	22,6	7,5	9,6
Maharashtra	3,72	3,50	2,74	4,03	3,45	2,60	6,0	14,3	21,6	24,6	15,5	10,3
Orissa	4,37	3,85	3,03	4,48	3,74	2,77	11,9	16,5	21,4	26,1	9,4	9,6
Punjab	4,36	3,43	2,68	4,33	3,25	2,36	21,3	24,9	21,9	27,4	0,6	2,5
Rajasthan	5,21	4,97	4,17	5,90	5,10	4,21	4,6	13,6	16,0	17,5	11,4	4,0
Tamil Nddu	3,67	2,68	2,01	3,52	2,45	1,78	27,0	30,5	25,1	27,4	-1,9	-3,1
Uttar Pradesh	6,08	5,44	4,73	6,28	5,56	4,51	10,5	11,4	13,0	18,9	2,5	7,5
Toda la India	4,62	4,10	3,32	4,77	4,05	3,17	11,2	15,1	18,9	21,8	7,6	6,7

Nota: nd=no disponible.

¿ESTANCAMIENTO A MITAD DE LA TRANSICIÓN O ACELERACIÓN?

¿Tiende el descenso de la fecundidad a estancarse o a acelerarse a mitad de la transición? Esta es una pregunta importante que es preciso tratar de responder al formular proyecciones de población. En esta cuestión puede haber dos opiniones antitéticas. Desde el punto de vista de la innovación-difusión, la reducción de la fecundidad se debería acelerar al llegar a la mitad de la transición, porque se supone que la reducción se produce como resultado de la interacción social de los que adoptan la innovación y los que no la adoptan. Al comienzo, debido al escaso número de personas que adoptan la innovación, la transición ocurre a un ritmo lento; el ritmo también va siendo más lento al final, ya que quedan pocos que puedan adoptar la innovación. Por otra parte, se puede decir que la fecundidad global puede caer con bastante celeridad de un nivel, digamos, por encima de 6 a otro de cerca de 3-4, porque muchas mujeres tenían tantos alumbramientos sólo a causa de las elevadas tasas de mortalidad. Pero reducir la fecundidad de 3-4 a cerca de 2 podría ser tarea difícil, ya que requiere cambios del tamaño deseado de familia que se pueden lograr sólo mediante una transformación social considerable y un cambio de las relaciones entre el hombre y la mujer. Éste es justamente el caso de la India, donde existe una marcada preferencia por los hijos varones y, en general, el deseo era tener al menos 2 hijos y una hija. Por tanto, a esta pregunta sólo se puede responder empíricamente.

Como ya se ha señalado, el porcentaje de caída de la TGF fue más alto de 1987 a 1997 que de 1977 a 1987. Las estimaciones de la TGF a partir tanto del sistema de registro por muestro como de los censos apuntan a una aceleración de la caída de las tasas (véase el cuadro 1). En el gráfico 1 se trazan las estimaciones a escala estatal del cambio de las tasas globales de fecundidad basadas en la encuesta nacional sobre salud de la familia (entre 1978-1992 y 1984-1998) y en los censos de 1981 y 1991 (para 1984-1990 y 1994-2000) frente al nivel del TGF (en la mitad de los respectivos períodos de tiempo). El trazado muestra que el cambio de la TGF tiene una relación curvilínea con la TGF. El cambio de la TGF es generalmente alto cuando ésta es de alrededor de 3 a 4 nacimientos por mujer. Esto indica que el descenso de la fecundidad se acelera al nivel medio, como prevé el modelo de difusión del cambio de fecundidad. Una curva de Gompertz se ajustó en su forma diferencial a estos datos (para más detalles, véase el Apéndice). Dio un ajuste razonablemente bueno ($R^2 = 0,37$). La curva ajustada sugería 1,7 y 7 como los límites inferior y superior de la TGF, con el punto de inflexión en 3,7. También se trató de ajustar una curva logística a los datos (en la forma diferencial), pero no dio tan buenos resultados como la curva de Gompertz (véase el gráfico 1). En particular, sugería 1,2 como límite inferior de la TGF.

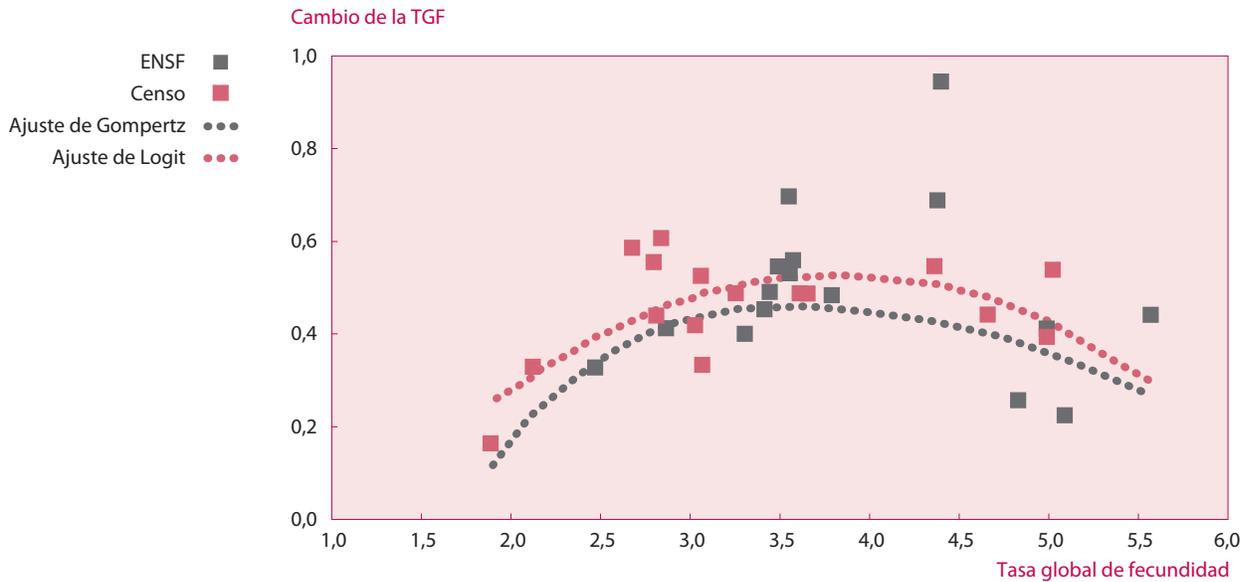
Alentados al ver que la curva de Gompertz describía bien los cambios de la fecundidad, se trató de ajustarla a la tendencia cronológica anual de la TGF en cada uno de los principales estados. Concretamente, se ajustó la curva siguiente:

$$y_t = \frac{TGF_t - \alpha}{\sigma} = a b^t, \quad 0 < a < 1 \text{ y } b > 1$$

en la que α es el valor mínimo de la TGF (asíntota inferior), σ es la diferencia entre las asíntotas inferior y superior de la TGF, a es el parámetro de retardo que muestra el valor de y cuando el tiempo $t=0$ (pero tiene que ser necesariamente menos de 1), y b es el parámetro que mide la rapidez del descenso.

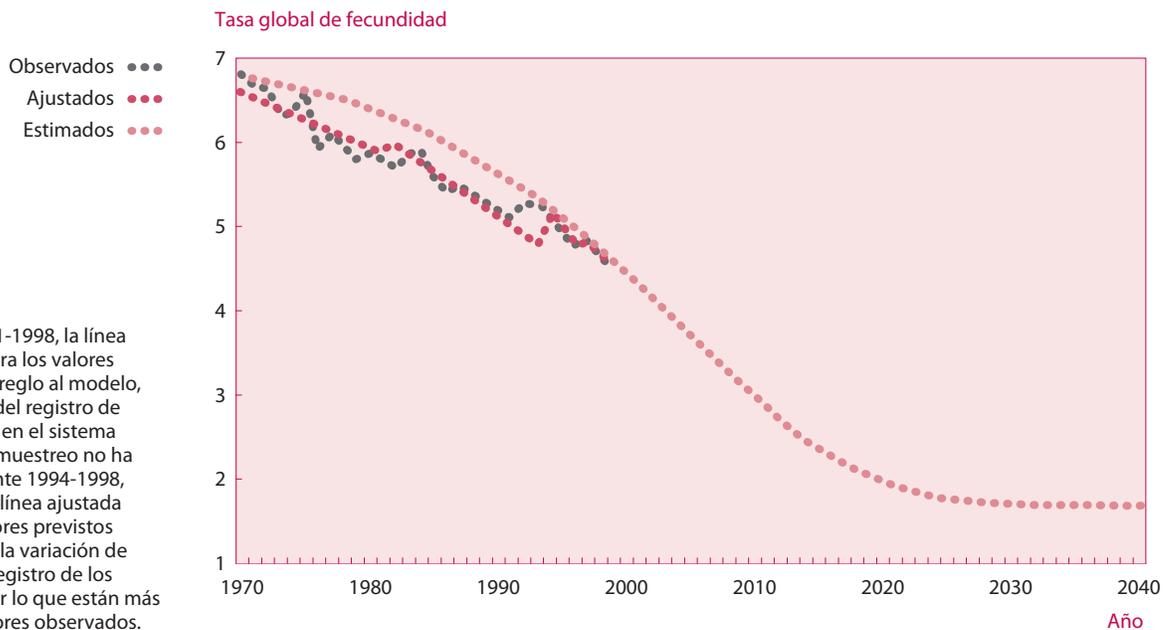
El modelo se ajustó mediante regresión lineal usando la forma doble logarítmica del modelo (véase el Apéndice). Pero para dos estados, Bihar y Bengala Occidental, se disponía de datos sobre la TGF desde 1971. Para evitar que el cambio de integridad del sistema de registro por muestreo afectase los resultados, se incluyeron en la regresión dos variables de tiempo ficticias para 1971-1981 y 1982-1993. Asimismo, las regresiones se hicieron usando datos para todo el período de tiempo disponible, de 1971 a 1998, y también usando datos sólo para el período más reciente, de 1982 a 1998. No obstante, para hacer las estimaciones del parámetro a comparables, en ambos casos, la variable de tiempo t se

Gráfico 1
Cambio de la TGF en relación con el nivel de la TGF, según las estimaciones a escala estatal de la ENSF (correspondientes a 1978-1992 y 1984-1998) y los censos (correspondientes a 1984-1990 y 1994-2000)



inicializó en 1951. El gráfico 2 muestra cómo se ajusta el modelo a los datos en el caso de Uttar Pradesh, el estado más extenso de la India. En el cuadro 2 se presentan los resultados de las regresiones para toda la India (zonas rurales y urbanas por separado) y para los principales estados. Con respecto a la integridad del registro de los nacimientos, los coeficientes estimados de las variables ficticias pertinentes indican que, en comparación con el período

Gráfico 2
Valores observados, ajustados y estimados de las tasas globales de fecundidad de Uttar Pradesh obtenidos al ajustar la curva de Gompertz con variables de tiempo ficticias para 1971-1981 y 1982-1993



Nota: Para 1971-1998, la línea estimada muestra los valores previstos con arreglo al modelo, si la integridad del registro de los nacimientos en el sistema de registro por muestreo no ha cambiado durante 1994-1998, mientras que la línea ajustada muestra los valores previstos que incorporan la variación de integridad del registro de los nacimientos, por lo que están más cerca de los valores observados.

Cuadro 2
Resultados de ajustar la curva de Gompertz a la tendencia en el tiempo de la TGF del SRM,
para la India y sus estados principales

Región, estado y valor supuesto de R	Período	Estimaciones de parámetros del modelo ^a		Integridad relativa de la TGF registrada ^b		R ² del modelo	Año estimado cuando la TGF era 90% del máximo
		a	b	1971-1981	1982-1993		
Sur (R = 5,0)							
Andhra Pradesh	1971-1998	0,883	1,061	0,937	0,995	0,959	1953
	1982-1998	0,922	1,071	na	0,956	0,961	1959
Karnataka	1971-1998	0,773	1,043	0,932	1,050	0,944	1937
	1982-1998	0,789	1,045	na	1,041	0,961	1940
Kerala	1971-1998	0,932	1,095	0,797	0,833 ^c	0,910	1959
	1982-1998	0,960	1,108	na	0,789 ^c	0,738	1963
Tamil Nadu	1971-1998	0,803	1,057	0,981	0,991	0,955	1943
	1982-1998	0,910	1,077	na	0,904 ^c	0,957	1957
Oeste (R = 5,3)							
Gujarat	1971-1998	0,917	1,063	0,956	0,898 ^d	0,967	1959
	1982-1998	0,875	1,053	na	0,933 ^c	0,941	1952
Maharashtra	1971-1998	0,825	1,048	0,854 ^d	0,962	0,921	1944
	1982-1998	0,812	1,046	na	0,970	0,965	1942
Este (R = 5,3)							
Assam	1971-1998	0,945	1,069	0,805 ^e	0,855 ^d	0,841	1965
	1982-1998	0,902	1,055	na	0,895 ^e	0,905	1957
Bengala occidental	1982-1998	0,875	1,058	na	0,999	0,965	1952
Orissa	1971-1998	0,890	1,055	0,881 ^d	0,943	0,931	1955
	1982-1998	0,930	1,066	na	0,907 ^d	0,947	1961
Norte (R = 5,5)							
Bihar	1982-1998	0,972	1,074	na	0,950	0,867	1974
Haryana	1971-1998	0,993	1,118	0,880 ^c	0,827 ^c	0,854	1978
	1982-1998	0,930	1,062	na	0,953 ^c	0,954	1962
Himachal Pradesh	1971-1998	0,904	1,067	0,866 ^c	0,972	0,933	1956
	1982-1998	0,880	1,061	na	0,996	0,962	1953
Madhya Pradesh	1971-1998	0,919	1,053	0,968	0,990	0,925	1961
	1982-1998	0,929	1,055	na	0,982	0,953	1963
Punjab	1971-1998	0,908	1,065	0,893 ^c	0,905 ^c	0,956	1957
	1982-1998	0,805	1,046	na	0,982	0,970	1941
Rajasthan	1972-1998	0,966	1,071	0,872 ^c	0,944	0,725	1972
	1982-1998	0,976	1,079	na	0,927 ^c	0,833	1974
Uttar Pradesh	1971-1998	0,980	1,077	0,952	0,941 ^c	0,893	1977
	1982-1998	0,938	1,049	na	0,989	0,889	1967
India (R = 5,3)							
Total	1971-1998	0,889	1,052	0,912 ^e	0,956 ^d	0,980	1955
	1982-1998	0,899	1,054	na	0,949 ^e	0,988	1956
Rural	1971-1998	0,917	1,055	0,914 ^e	0,955 ^d	0,979	1960
	1982-1998	0,929	1,059	na	0,945 ^e	0,988	1962
Urbana	1971-1998	0,803	1,049	0,856 ^e	0,948	0,957	1942
	1982-1998	0,817	1,051	na	0,940 ^c	0,968	1944

Nota: ^c = p < 0,05; ^d = p < 0,01, ^e = p < 0,001.

^a En todos los casos, los coeficientes de regresión de los que se derivan a y b son significativos al nivel de 0,001.

^b Nivel de integridad en relación con su nivel de 1994 a 1998, excepto para la India urbana, donde es en relación con el nivel de 1993-1998; los niveles de significación mostrados se refieren a los coeficientes de las variables ficticias que representan estos períodos.

de 1994 a 1998, las omisiones de empadronamiento eran de un 9% y un 5% más numerosas de 1971 a 1981 y de 1982 a 1993, respectivamente. Los niveles sugeridos de falta de integridad del registro de los nacimientos, según el sistema de registro por muestreo, son sorprendentemente cercanos a los indicados por otras fuentes (véase Bhat, 2002a).

Ahora bien, el resultado clave mostrado en el cuadro 2 es con respecto a la estimación del parámetro b del modelo, que mide la rapidez del descenso de la fecundidad. Sorprendentemente, muestra escasa variación geográfica. Con la excepción de un descenso de fecundidad ligeramente más rápido en Kerala, el descenso parece estar ocurriendo aproximadamente al mismo ritmo en el norte y el sur de la India. Obtenemos estos resultados pese al supuesto de que la fecundidad empezó a descender a partir de un nivel más alto en el norte de la India que en el sur (se ha supuesto una diferencia de 0,5 nacimientos en σ y, en igualdad de circunstancias, cuanto más alto el σ supuesto tanto más baja será la estimación de b). La fecundidad más baja del sur de la India se puede atribuir en gran parte a valores más bajos de a , lo que supone un descenso más temprano de la fecundidad. Para ilustrar este resultado, el cuadro 2 muestra el año en que la TGF era un 90% del máximo. Según el modelo ajustado, si este nivel se había alcanzado antes del decenio de 1960 en los estados del sur de la India, se alcanzó sólo en el decenio de 1970 en los grandes estados del norte del país: Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan y Uttar Pradesh. Una advertencia que se debe hacer respecto a este análisis es que el modelo de Gompertz no prevé la posibilidad de aumentos de la fecundidad antes de los años 70 como resultado del descenso de la mortalidad. No obstante, los patrones de descenso de la fecundidad posteriores a 1970 indican que la fecundidad es actualmente más baja en el sur de la India, porque el descenso empezó allí antes y, tal vez, partió de un nivel más bajo que en el norte del país.

LAS CAUSAS DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD

En los tratados de demografía, el aumento del nivel de educación, en particular de la mujer, se suele considerar el principal factor del descenso de la fecundidad (véase Diamond y otros, 1999, para una revisión reciente). En el caso de la transición de la fecundidad de la India también, el papel preponderante de la educación de la mujer se ha defendido vigorosamente por Dreze y Murthi (2001). En un documento reciente, sostengo que el descenso de la fecundidad en la India se puede atribuir, sobre todo, a su descenso entre las mujeres analfabetas, cuya fecundidad está disminuyendo como resultado de la difusión de una nueva idea de procreación de tener sólo unos pocos hijos, pero invertir más en su futuro (Bhat, 2002b). Se ha afirmado que el descenso de la fecundidad no sólo está ocurriendo a un ritmo más rápido que el de la transición de la educación, sino que también está contribuyendo a ella. Mediante la descomposición del cambio de diferenciales de fecundidad por educación, se ha demostrado que más de la mitad del descenso de la fecundidad que se ha producido últimamente se debe a la reducción de la fecundidad de las mujeres analfabetas (véase el cuadro 3). El aumento de la educación de la mujer ha representado menos del 20% del cambio total. La contribución de este factor al incremento del recurso a la anticoncepción se calcula que ha sido incluso menor, del 10% al 15% solamente (véase el cuadro 4). Se ha mostrado también que las mujeres analfabetas están renunciando a la cantidad por la calidad al aceptar la anticoncepción. Se ha observado que estas mujeres están enviando a más de sus hijos a la escuela, en particular a la hija primogénita, a la que tal vez se libera de la carga de tener que cuidar de los hermanos más pequeños. Se constató que la probabilidad de enviar a los hijos a la escuela es cerca de 50 veces más alta entre las mujeres analfabetas que usan anticonceptivos que entre las que no los usan.

Así pues, dada la posibilidad de que los niveles de fecundidad tengan un efecto importante en la educación de los hijos, un análisis simple de macronivel de la relación entre la educación de la mujer y la fecundidad puede ser engañosa. Antes de proclamar la preeminencia de la educación de la mujer, sería necesario analizar qué proporción de

Cuadro 3
Descomposición del cambio de la tasa global de fecundidad entre 1981 y 1991
por grado de instrucción de la mujer, India

Grado de instrucción de la mujer	Censo de 1981 ^a		Censo de 1991 ^a		Descenso de la TGF dentro de la clase	
	TGF	Porcentaje de mujeres	TGF	Porcentaje de mujeres	Cantidad	Porcentaje de mujeres
Analfabetas	4,8	75,1	4,3	67,3	0,5	48,9
Inferior a la enseñanza media	4,3	14,4	3,3	15,5	0,9	20,0
Enseñanza media	3,6	5,0	2,8	7,8	0,8	7,4
Enseñanza superior	2,6	4,3	2,2	7,1	0,4	3,5
Estudios de postgrado y superiores	1,8	1,1	1,7	2,4	0,1	0,2
Todas las mujeres	4,7	100,0	3,9	100,0	0,8	80,0
Contribución del cambio de la fecundidad de las mujeres analfabetas =						49%
Contribución del cambio de la fecundidad de las mujeres instruidas = 20,0+7,4+3,5+0,2 =						31%
Contribución del cambio de la composición educativa de las mujeres = 100,0-80,0 =						20%

^a Las TGF corresponden al período de un año anterior al censo.

la correlación se debe al efecto de la educación de la madre en su fecundidad y qué proporción se deriva del efecto de la fecundidad de la madre en la escolaridad de los hijos. A mi juicio, durante la etapa inicial de la transición, predomina el primer efecto, mientras que el segundo se manifiesta en las últimas fases de la transición, cuando gran número de mujeres analfabetas empieza a aceptar la anticoncepción.

Tal vez, la creciente aspiración al bienestar material esté induciendo a las parejas analfabetas a renunciar a la cantidad por la calidad en lo que se refiere a los hijos. A la ventaja comparativa de la calidad frente a la cantidad contribuyen, probablemente, el acceso más fácil a la anticoncepción y la creciente exposición a los medios de comunicación. En cuanto a ésta, siempre que se ha incluido en el análisis de la fecundidad o el uso de la anticoncepción (¡no todas la aceptan!), ha demostrado tener fuertes efectos independientes (Bhat, 1996; Ramesh y otros, 1996).

Cuadro 4
Uso de anticonceptivos por grado de instrucción de la mujer, composición educativa de la mujer
y descomposición del aumento de la práctica anticonceptiva registrados por tres encuestas nacionales,
India, 1970 a 1999

Grado de instrucción de la mujer	Porcentaje que usa anticonceptivos			Porcentaje de mujeres en la clase			Contribución porcentual del aumento dentro de la clase	
	Encuesta ORG ^a 1970	ENSF-1 1992-1993	ENSF-2 1998-1999	Encuesta ORG ^a 1970	ENSF-1 1992-1993	ENSF-2 1998-1999	1970-1993	1993-1999
Analfabetas	10,0	33,9	42,9	79,3	62,6	57,4	62,9	71,0
Inferior a la enseñanza media	20,7	50,4	55,5	10,9	18,3	19,4	16,1	12,6
Enseñanza media	33,5	50,8	52,2	9,0	7,4	8,5	5,2	1,5
Enseñanza superior	56,2	54,7	57,0	0,8	11,7	14,7	-0,3	4,0
Todas las mujeres	13,6	40,6	48,2	100,0	100,0	100,0	83,9	89,0
Contribución del cambio de la fecundidad de las mujeres analfabetas =							63%	71%
Contribución del cambio de la fecundidad de las mujeres instruidas =							21%	18%
Contribución del cambio de la composición educativa de la mujer =							16%	11%

Fuente: Operations Research Group (1971); Instituto Internacional de Ciencias de la Población (1995); Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro (2000).

^a Debido a que esta encuesta usó categorías de educación ligeramente diferentes, las comparaciones mostradas con la encuesta nacional sobre salud de la familia (ENSF) sólo son aproximadas.

LA PROBABILIDAD DE LLEGAR A TENER UN DÉFICIT DE FECUNDIDAD

Según el sistema de registro por muestreo, al menos dos importantes estados de la India (Kerala (1,8) y Tamil Nadu (2,0) tenían fecundidad deficitaria en 1998. Los resultados de la última encuesta nacional sobre salud de la familia, sugieren una cierta subestimación de la fecundidad en el sistema de registro por muestreo en estos estados (Retherford y Mishra, 2001), aunque mi propio análisis para 1981-1991 no llegaba a esta conclusión (Bhat, 2002a). Cualquiera que sea la realidad en este aspecto, existe una auténtica posibilidad de que la TGF del *período* llegue a ser deficitaria en muchos estados, aun cuando el tamaño deseado de la familia no haya bajado de 2 hijos en ninguna parte. Esto se debe a que la edad de la mujer al contraer el primer matrimonio sigue siendo de menos de 20 años (Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro, 2000). Es poco probable que se mantenga a estos niveles tan bajos. A causa del efecto calendario, al aumentar la edad al contraer matrimonio, las tasas de fecundidad del período caerán, incluso si la fecundidad de la cohorte permanece constante. Dado que las proyecciones de población se suelen basar en las tasas globales de fecundidad del período, sería correcto suponer la permanencia del déficit de fecundidad por algún tiempo. Pero, ¿aumentará la fecundidad del período una vez que cese el efecto calendario? Las dos consideraciones siguientes son pertinentes en el contexto: Primero, muchas regiones de la India están experimentando considerables descensos de fecundidad que no están acompañados del correspondiente aumento de la participación de la mujer en el trabajo. Por ejemplo, en la India urbana, la TGF se acerca a la de reemplazo, pero menos de una tercera parte de las mujeres está incorporada en la fuerza laboral. Se puede esperar que el cese del crecimiento de la población en edad de trabajar (previsto para dentro de 20 a 25 años) brinde a la mujer la oportunidad de entrar en la fuerza laboral. Si esto ocurre, se podría reducir aún más el tamaño deseado de la familia y, por ende, la fecundidad de la cohorte. Segundo, con una población de más de mil millones de habitantes, la India ya se considera superpoblada; antes de que la tasa neta de reproducción llegue a uno, se espera que cuente con otros 300 a 400 millones más. Con el crecimiento de población muy por encima de un 1% en este momento, la India podría ver su ingente volumen de población como una pesada carga. La ventaja que la fecundidad deficitaria puede tener a sus ojos, podría llevar a la India a impulsar los programas de planificación de la familia dirigidos a reducir el tamaño de la población, en particular en las regiones densamente pobladas del norte. Así pues, parece justificado postular una hipótesis de fecundidad deficitaria durante un período prolongado en la India.

PROYECCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Al hacer las proyecciones para la India, conviene tener presente los siguientes puntos: i) la tasa de fecundidad del período base se debe ajustar para las omisiones de empadronamiento de nacimientos del sistema de registro por muestreo; ii) en lugar de proyecciones lineales o log lineales, la tasa global de fecundidad se debe proyectar con una curva en forma de S, como la de Gompertz; y iii) a causa de la vasta heterogeneidad regional, la TGF de toda la India se debe derivar como promedio ponderado de hipótesis por estados. En el cuadro 5 se presenta una proyección ilustrativa de la TGF de la India y sus estados principales hasta el año 2051.

Primero, las TGF corregidas para 1997 se derivan como se indica a continuación: las TGF basadas en el sistema de registro por muestreo para 1984-1990 se corrigen usando el promedio del empadronamiento incompleto de nacimientos que sugiere el análisis de la encuesta nacional sobre salud de la familia para 1978-1992 y mi propio análisis para 1981-1991. Al suponer como correcta la tendencia de la TGF sugerida por las TGF basadas en el censo para 1984-1990 y 1994-2000 (véase el cuadro 1) corregidas, las TGF para 1984-1990 basadas en el sistema de registro por muestreo ajustadas

Cuadro 5

Valores proyectados de la tasa global de fecundidad con la curva de Gompertz, India y estados principales

Estados	TGF ajustada, 1997	Parámetro b	TGF proyectada										
			1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2025	2026-2030	2031-2035	2036-2040	2041-2045	2046-2050
Andhra Pradesh	2,39	1,071	2,30	1,94	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Assam	3,66	1,055	3,56	3,05	2,58	2,20	1,93	1,78	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70
Bihar	4,89	1,049 ^a	4,81	4,40	3,95	3,49	3,03	2,62	2,26	2,00	1,83	1,75	1,71
Gujarat	3,00	1,053	2,91	2,48	2,13	1,90	1,77	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Haryana	3,63	1,062	3,51	2,94	2,44	2,06	1,83	1,73	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Himachal Pradesh	2,26	1,061	2,19	1,91	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Karnataka	2,63	1,045	2,56	2,24	2,00	1,85	1,76	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Kerala	1,93	1,108	1,87	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Madhya Pradesh	3,96	1,055	3,85	3,33	2,84	2,40	2,07	1,86	1,75	1,71	1,70	1,70	1,70
Maharashtra	2,92	1,046	2,84	2,47	2,17	1,95	1,81	1,74	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70
Orissa	3,02	1,066	2,91	2,38	2,01	1,80	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Punjab	2,73	1,046	2,66	2,32	2,05	1,87	1,77	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Rajasthan	4,41	1,079	4,27	3,54	2,83	2,24	1,88	1,73	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Tamil Nadu	2,03	1,077	1,97	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Uttar Pradesh	4,83	1,049	4,75	4,33	3,88	3,42	2,96	2,55	2,22	1,97	1,81	1,74	1,71
Bengala occidental	2,78	1,058	2,68	2,26	1,96	1,79	1,72	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
India, no ponderada	3,49	1,054	3,39	2,89	2,46	2,11	1,88	1,76	1,71	1,70	1,70	1,70	1,70
India, ponderada por estados	3,51		3,42	3,01	2,65	2,36	2,14	1,97	1,86	1,78	1,73	1,71	1,70
Cambio porcentual implícito			2,50	12,09	11,81	10,98	9,54	7,70	5,84	4,14	2,60	1,34	0,52
India, con $\alpha = 1,7$	3,49		3,40	2,99	2,64	2,35	2,12	1,96	1,84	1,77	1,72	1,70	1,69
India, con $\alpha = 1,8$	3,49		3,40	2,99	2,65	2,37	2,16	2,01	1,91	1,84	1,79	1,79	1,79

^a Se supone que es el mismo que el de Uttar Pradesh.

se imputan a 1994-2000, es decir, para cerca de 1997. En el caso de toda la India, la TGF corregida es 3,4, en vez de 3,2 como estima el sistema de registro por muestreo.

Con las TGF corregidas para 1997 y los valores estimados del parámetro b para 1982-1998 (véase el cuadro 2) se proyectan las TGF por intervalos de un año usando el modelo de Gompertz¹:

$$TGF_t = \alpha + \sigma a b^t, \quad \text{con } t=0 \text{ en } 1997, \quad y$$

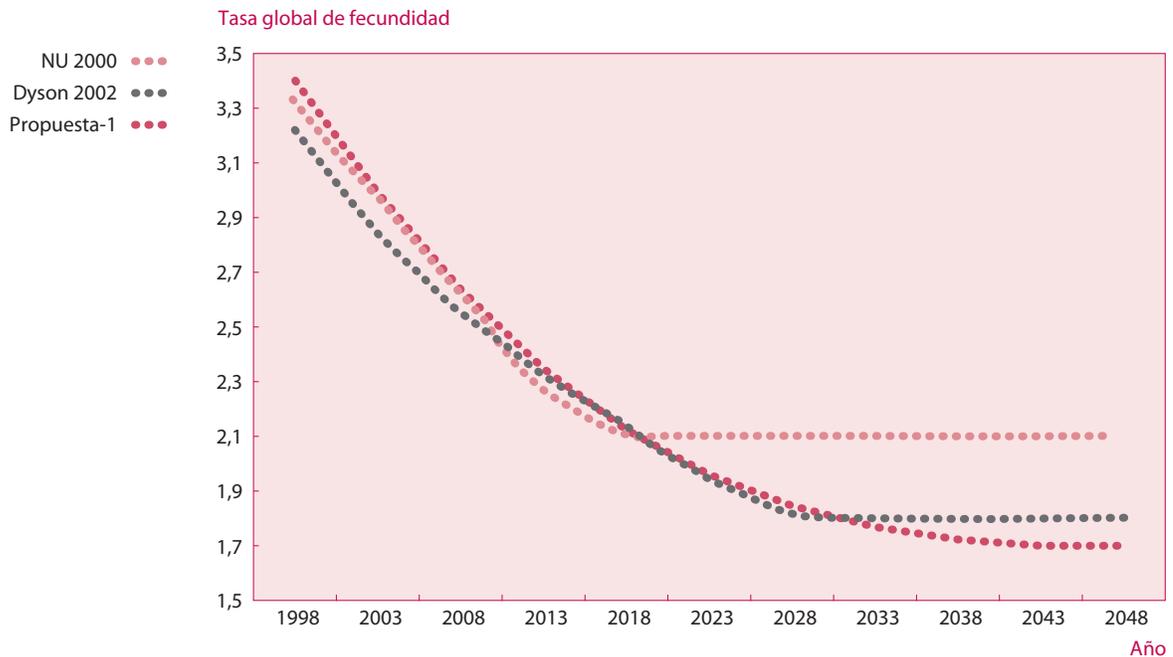
$$a = \frac{TGF_0 - \alpha}{\sigma}, \quad \text{donde } TGF_0 \text{ es la TGF ajustada para } 1997$$

Para todos los estados, el límite inferior de la TGF (α) se ha supuesto que es 1,7, como se estimó anteriormente al usar la forma diferencial de la curva, y σ varió alrededor de 5,3 como se indica en el cuadro 2.

En el cuadro 5 se presentan dos estimaciones para toda la India; una que usa la estimación b hecha para 1982-1998 (India, no ponderada), y otra que se deriva de los promedios ponderados de las estimaciones por estados de la TGF (India, $\alpha = 1,7$). Con arreglo a la primera, la India alcanzará la fecundidad de reemplazo para 2011-2016. Pero la que se basa en el promedio ponderado indica que se produciría un retraso de al menos 5 años a causa de la heterogeneidad espacial. En el gráfico 3 se compara la trayectoria de la TGF propuesta aquí (con $\alpha = 1,7$) para toda la India con la supuesta por las proyecciones de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2001) y por Dyson (2002). Si bien las estimaciones de la TGF propuestas ahora son más altas que la de las Naciones Unidas o la de Dyson hasta 2015, son más bajas para los períodos subsiguientes.

¹ En el caso de Bihar, se supuso que era aplicable el valor estimado de b para Uttar Pradesh (1,049) en vez de su propio valor (1,074), ya que se temía que éste estaba afectado por errores en los datos.

Gráfico 3
Comparación de las trayectorias de la TGF supuestas en las proyecciones de las Naciones Unidas y de Tom Dyson con la trayectoria propuesta aquí



Algunos importantes resultados por estados también pueden ser dignos de mención: De continuar el ritmo actual de reducción, para 2005 Andhra Pradesh e Himachal Pradesh se unirán a Kerala y Tamil Nadu como estados con TGF de reemplazo. Otros seis estados, Karnataka, Bengala Occidental, Orissa, Punjab, Gujarat y Maharashtra se incorporarán a este grupo para 2010. Cuatro estados más, Haryana, Assam, Uttar Pradesh y Rajasthan, se espera que se sumen a ellos para 2020. Pero en cuanto a los dos estados más poblados de Uttar Pradesh y Bihar, no se prevé que alcancen la fecundidad de reemplazo hasta alrededor de 2030. Por lo tanto, para que la India alcance la fecundidad de reemplazo para 2016-2020 es imperativo que algunos de los principales estados tengan una fecundidad deficitaria. Pero para que eso suceda, ¿qué importante es que la TGF caiga hasta 1,7 en cada estado? En el cuadro 5 también se presentan estimaciones para toda la India de TGF (ponderadas por estados) derivadas del supuesto de un límite inferior de 1,8, en lugar de 1,7. Como se puede ver, a escala nacional esto apenas supone una diferencia hasta 2020. Ambas indican que la TGF llegaría a ser de reemplazo durante el período de 2016 a 2020. De este modo, una diferencia marginal en el límite inferior no tiene significado para nuestro resultado de que la fecundidad alcanzará el nivel de reemplazo en la India para 2016-2020.

APÉNDICE

Modelo de Gompertz

Con arreglo a este modelo, primero se reajusta la tasa global de fecundidad (TGF) de manera que varíe entre 0 y 1 mediante la aplicación de la transformación siguiente:

$$y = \frac{TGF - \alpha}{\sigma}, \quad 0 < y < 1 \quad (1)$$

donde α es el límite inferior de la TGF y σ es la diferencia entre las asíntotas inferior y superior de la TGF.

La variable transformada y se supone que cae con el tiempo (t) según la curva de Gompertz:

$$y = a b^t, \quad 0 < a < 1 \text{ y } b > 1 \tag{2}$$

donde el parámetro a es el valor de y cuando el tiempo $t=0$ (y así refleja el retardo del descenso de la fecundidad), y b es el parámetro que mide la rapidez del descenso.

Al diferenciar la ecuación 2 con respecto al tiempo, tenemos:

$$\frac{\partial y}{\partial t} = \frac{1}{\sigma} \frac{\partial TGF}{\partial t} = \ln b \cdot y \ln y \tag{3}$$

De las ecuaciones 1 y 3 tenemos:

$$\frac{\partial TGF}{\partial t} = \ln b (TGF - \alpha) \ln \left(\frac{TGF - \alpha}{\sigma} \right) = -\ln b \ln \sigma (TGF - \alpha) + \ln b (TGF - \alpha) \ln (TGF - \alpha) \tag{4}$$

De la ecuación 4, los parámetros b , σ y α del modelo se pueden estimar por regresión lineal, mediante un procedimiento iterativo de búsqueda para α : suponer un valor para α y regresionar los cambios de la TGF en la $TGF-\alpha$ y el producto de $TGF-\alpha$ y el logaritmo de $TGF-\alpha$. La regresión se lleva a cabo sin el término de intercepción, y se computa su suma residual de cuadrados. El valor de prueba de α se incrementa o disminuye hasta que la suma residual de cuadrados de la regresión es mínimo (o R^2 es máximo). Si C_1 y C_2 son, respectivamente, los coeficientes estimados del primer término y del término del producto en la ecuación 4, entonces:

$$b = \exp(C_2); \quad \sigma = \exp \left(\frac{-C_1}{C_2} \right)$$

Se trató de ajustar el modelo de Gompertz en esta forma usando las estimaciones de las TGF por estados derivadas de los datos de la encuesta nacional sobre salud de la familia y del censo para los decenios de 1980 y 1990 (véase el cuadro 1). La regresión se llevó a cabo agrupando los datos de las dos fuentes sobre el cambio anual promedio de la TGF en 16 estados principales. Ahora bien, la información sobre Assam de la encuesta nacional sobre salud de la familia se omitió, ya que el descenso sugerido de fecundidad parecía inverosímil. La regresión produjo el ajuste siguiente:

$$TGF = -0,0892 (TGF - 1,7) + 0,5344 (TGF - 1,7) \ln (TGF - 1,7) \quad R^2 = 0,371; N = 31; \\ (19,3) \quad (11,65) \quad \text{Suma residual de los cuadrados} = 0,0114$$

donde las cifras en paréntesis son los coeficientes t de los respectivos coeficientes de regresión. Los coeficientes estimados sugieren como valor de b 1,055 y de σ 5,31. La estimación de α se obtuvo por el método de tanteo: cuando se le asignó un valor de 1,8, la R^2 de la regresión era 0,352 y cuando se le asignó un valor de 1,6, la R^2 era de 0,367. Así pues, ajustada por el modelo de Gompertz, la TGF tiene un límite inferior de 1,7 y un límite superior de 7 (= 1,7+5,3). También se debe señalar que la curva ajustada tiene un punto de inflexión en 3,7 (= 1,7+0,37 x 5,3).

Cuando se dispone de estimaciones anuales de la TGF, como las del Sistema de registro por muestreo de la India, el modelo se puede ajustar usando la versión doblemente logarítmica del modelo en la ecuación 2:

$$\ln \left(-\ln \left(\frac{TGF - \alpha}{\sigma} \right) \right) = \ln(-\ln a) + \ln b t \tag{5}$$

Al ajustar el modelo mediante el uso de la ecuación 5, sería necesario suponer sendos valores para α y σ . En el análisis de los estados mediante el uso de los datos del sistema

de registro por muestreo de que damos cuenta aquí, para cada estado se ha supuesto un valor α de 1,7, según la estimación de los datos del censo y de la encuesta nacional sobre salud de la familia para el decenio de 1990, usando la forma diferencial del modelo. Pero el valor de σ se varió ligeramente en torno al valor estimado de 5,3, ya que hay algunas pruebas que indican que antes de la transición, la fecundidad puede haber sido algo más alta en el norte de la India que en el sur (véase Bhat 2000; Guilmo y Rajan, 2001). Asimismo, dado que existen pruebas que indican que la integridad del sistema de registro por muestreo puede haber cambiado con el tiempo (Bhat, 2002a), se incluyeron en el modelo dos variables de tiempo ficticias para reducir al mínimo el efecto del cambio de integridad en las estimaciones paramétricas.

$$\ln\left(-\ln\left(\frac{TGF - \alpha}{\sigma}\right)\right) = \ln(-\ln a) + \ln bt + c_1 D_1 + c_2 D_2 \quad (6)$$

donde D_1 y D_2 se fijan en 1 para los períodos de tiempo de 1971-1981 y 1982-1993, respectivamente. De esta manera, los coeficientes c_1 y c_2 , respectivamente, miden la integridad del registro de los nacimientos en 1971-1981 y 1982-1993, en relación con el nivel posterior a 1993. Se optó por estos períodos de tiempo sin olvidar la sustitución de las unidades de muestreo del sistema de registro por muestreo afectadas en 1982 y 1994. Si la integridad de la inscripción de los nacimientos ha mejorado en el sistema de registro por muestreo, los coeficientes c_1 y c_2 serían considerablemente menores de cero, y $c_2 > c_1$. El promedio de integridad del registro de los nacimientos para cualquier período dado, en relación con el del período de referencia (aquí, 1994-1998) se puede obtener al comparar las TGF previstas de la ecuación 6 con y sin el término variable ficticio pertinente. Los resultados obtenidos al ajustar el modelo usando las estimaciones anuales de la TGF del sistema de registro por muestreo se examinan en el texto.

El modelo logit

En el modelo logit partimos del supuesto de que:

$$y = \frac{TGF - \alpha}{\sigma} = \frac{ae^{bt}}{1 + ae^{bt}}, \quad b < 0 \quad (7)$$

donde el parámetro de retardo α es el valor de $y/(1-y)$ en un tiempo $t=0$, y b representa la rapidez del descenso de la fecundidad.

Al diferenciar la ecuación 7 con respecto al tiempo (t), tenemos:

$$\frac{\partial y}{\partial t} = \frac{1}{\sigma} \frac{\partial TGF}{\partial t} = b y(1-y) \quad (8)$$

De la ecuación 1 y 8 tenemos:

$$\frac{\partial TGF}{\partial t} = b(TGF - \alpha) - \frac{b}{\sigma}(TGF - \alpha)^2 = -\frac{b}{\sigma}TGF^2 + \frac{b}{\sigma}(\sigma + 2\alpha)TGF - \frac{b}{\sigma}(\sigma\alpha + \alpha^2) \quad (9)$$

Como indica la ecuación 9, los parámetros b , σ y α del modelo se pueden estimar por regresión de los cambios en la TGF en un período dado sobre la TGF y la TGF^2 . Si C_0 es la intercepción y C_1 y C_2 son, respectivamente, los coeficientes estimados de la TGF y la TGF^2 , de la ecuación 9, tenemos:

$$b = -\sqrt{C_1^2 - 4C_0C_2}; \quad \alpha = \frac{-C_1 + b}{2C_2}; \quad \sigma = \frac{-b}{C_2}$$

El modelo se ajustó a los mismos datos a los que aplicamos antes el modelo de Gompertz. El resultado fue el siguiente

$$\text{TGF} = 0,1169 - 0,1162 \text{TGF} + 0,0152 \text{TGF}^2 \quad R^2 = 0,340; \quad N = 31$$

(3,80) (3,79) Suma residual de los cuadrados = 0,0120

Los coeficientes estimados de la regresión suponen valores de α como 1,19, σ como 5,28 y b como $-0,080$. El punto de inflexión estimado es 3,8 ($= 1,2 + 0,5 \times 5,3$). Así, el límite inferior de la TGF sugerido por el modelo logit (1,2) es considerablemente más bajo que el que indica el modelo de Gompertz (1,7).

BIBLIOGRAFÍA

- Bhat, P.N. Mari (1996). Contours of fertility decline in India: A district level study based on the 1991 census. En *Population Policy and Reproductive Health*, K. Srinivasan, comp. Nueva Delhi: Hindustan Publishing Corporation.
- _____ (2002a). Completeness of India's Sample Registration System: An assessment through general growth balance method. *Population Studies*, vol. 56, No. 2 (de próxima aparición).
- _____ (2002b). Returning a favour: Reciprocity between female education and fertility. *World Development* (de próxima aparición).
- Diamond, I., M. Newby y S. Varle (1999). Female education and fertility: examining the links. En *Critical Perspectives of Schooling and Fertility in the Developing World*, C.H. Bledsoe, J. B. Casterline, J. A. Johnson-Kuhn y J. G. Haaga, comps. Washington, DC: National Academy Press.
- Dreze, Jean y Mamta Murthi (2001). Fertility, education and development: Evidence from India. *Population and Development Review*, vol. 27, págs. 33 a 63.
- Dyson, Tim (2002). India's population—The future. Documento presentado en el seminario India's Future: Population, Environment and Human Development (El futuro de la India: población, medio ambiente y desarrollo humano). Nueva Delhi, 14 a 15 de enero.
- Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS) (1995). *National Family Health Survey, 1992-1993 (MCH and Family Planning)* Mumbai: IIPS.
- Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro (2000). *National Family Health Survey (ENSF-2) 1998-1999: India: Mumbai: IIPS.*
- Guilmoto, Christophe, Z., y S. Irudaya Rajan (2001). Spatial patterns of fertility transition in Indian districts. *Population and Development Review*, vol. 27, No. 1, págs. 713 a 738.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).
- Operations Research Group (1971). *Family Planning Practices in India*. Baroda: ORG.
- Ramesh, B. M., S.C. Gulati y Robert D. Retherford (1996). Contraceptive Use in India, 1992-1993. *National Family Health Survey Subject Reports No. 2*. Mumbai: Instituto Internacional de Ciencias de la Población.
- Retherford, Robert D., y Vinod Mishra (2001). An Evaluation of Recent Estimates of Fertility Trends in India. *National Family Health Subject Reports No. 19*. Mumbai, Instituto Internacional de Ciencias de la Población.
- Srinivasan, K. (1998). Population policies and programmes since independence: A saga of great expectations and poor performance: *Demography India*, vol. 27, No. 1, págs, 1 a 22.

Del futuro de la fecundidad humana en la India

Tim Dyson*

*Lo malo de nuestro tiempo
es que el futuro
ya no es lo que era*

PAUL VALÉRY

*La profecía es un buen negocio,
pero tiene muchos riesgos*

MARK TWAIN

El presente documento trata de la tendencia y el nivel de fecundidad en la India durante los próximos decenios. Toma como punto de partida i) el requisito de producir proyecciones de población de la mayor precisión posible y ii) el hecho de que los países con fecundidad de reemplazo o deficitaria representan actualmente más del 40% de la población mundial. Dado que la India alberga a una sexta parte de la humanidad, el futuro de su población es, evidentemente, de gran interés. Y saber qué rumbo tomará la tasa global de fecundidad del país es de importancia vital, porque será, indudablemente, la variable más importante para determinar cuánto crecerá la población.

El documento consta de seis partes. Primero, presento una explicación del fenómeno de la fecundidad deficitaria. Segundo, hago unas breves observaciones sobre los procesos que intervienen en la formulación de hipótesis para las proyecciones de población. Tercero, paso revista a algunas proyecciones de población anteriores para la India, con referencia especial a sus hipótesis de fecundidad. Esto supone presentar algunas de mis propias hipótesis y justificaciones. Cuarto, formulo algunas observaciones adicionales sobre la índole del futuro descenso de la fecundidad en la India. Quinto, examino la variación regional de la fecundidad —discusión que, entre otras cosas, entraña la indagación de hasta qué nivel puede bajar la fecundidad global en el futuro. Aquí sugiero que existen consideraciones socio-estructurales profundamente arraigadas, que probablemente influirán en la variación regional de la fecundidad a plazo mediano. La sección final de este documento, decididamente especulativo, se cierra con un resumen y la conclusión.

* Departamento de Estudios de Población, London School of Economics, Reino Unido.

EXPLICACIÓN DE LA FECUNDIDAD DEFICITARIA

Antes de considerar el caso concreto de la India, es oportuno decir unas palabras sobre dos cuestiones afines, pero distintas. ¿Por qué está descendiendo la fecundidad en el mundo? Y ¿por qué algunos países tienen ahora un déficit de fecundidad?

La respuesta a la primera pregunta es el descenso de la mortalidad. La fuerza *remota* que, a través de su actuación en lo que he llamado en otro lugar el nivel “super-macro”, ha causado *en última instancia* todos los descensos sostenidos de fecundidad a partir de finales del siglo XVIII, es el persistente y masivo descenso de la mortalidad (Dyson 2001a,

págs. 69 a 72). Frente a una fuerte caída de la tasa de mortalidad, ninguna sociedad puede mantener una tasa global de fecundidad de cinco o seis nacimientos vivos más de unos pocos decenios. Dado que el descenso sostenido de la mortalidad conduce a la entrada en la edad de trabajar de cohortes cada vez más numerosas, tiene el efecto de reducir los salarios relativos. Llega un punto en que las cohortes de personas jóvenes se ven forzadas a optar por experimentar un descenso (o una tasa considerablemente reducida de mejora) de su nivel de vida, o a limitar su fecundidad (Macunovich, 2000). Cuando las personas restringen su fecundidad suelen justificar su decisión con explicaciones aproximadas (por ejemplo, no podemos permitirnos tener muchos hijos). Es decir, no se percatan de que el descenso de la mortalidad es la causa última de su cambio de comportamiento. Muchos factores —sociales, culturales, económicos—, influyen en el *calendario* y la *rapidez* de la respuesta del descenso de la fecundidad en determinadas poblaciones. Pero la fuerza causal remota de todas las transiciones de fecundidad es el descenso de la mortalidad. Esto es tan cierto en el caso del mundo en desarrollo hoy como lo fue en Europa en el pasado. Pero, por haberse beneficiado de lo que a veces se llama un “efecto de desarrollo tardío”, los cambios de los países en desarrollo contemporáneos tienden a ser *más rápidos* de lo que fueron en Europa.

La respuesta a la segunda pregunta es que, a causa del descenso de la mortalidad y, más aún, del descenso de la fecundidad, *las mujeres se han hecho más semejantes a los hombres* (Dyson, 2001a, págs. 82 a 83). En todas las sociedades, las mujeres no sólo dan a luz a los hijos, sino que también se encargan de la mayor parte de su cuidado. Por tanto, circunstancias de la alta fecundidad tienden a encerrarlas en la esfera doméstica. En las sociedades de alta fecundidad, la vida relativamente corta de las mujeres estaba —y en algunos casos sigue estando— dominada por las responsabilidades de la procreación y el cuidado de los hijos. Pero esto no es lo que sucede en los lugares donde la fecundidad es baja y la esperanza de vida al nacer es alta.

Como afirmaron Davis y van den Oever (1982) en un documento transcendental, una importante adaptación socio-estructural a condiciones de baja fecundidad persistente es una *debilitación de la institución del matrimonio*. Para las mujeres en particular, pero también para los hombres, el matrimonio como compromiso formal para toda la vida de tener y criar hijos es mucho menos importante de lo que solía ser. En estas condiciones, las mujeres tienen más tiempo y, en parte porque viven más, más razón de vivir su vida fuera de la esfera doméstica. En consecuencia, en particular en la mayor parte de los países desarrollados (por ejemplo, en Europa, América del Norte, Japón) las diferenciaciones de género tienden a difuminarse. Y las medidas de igualdad de género tienden a ser mayores en las sociedades con baja fecundidad. En Europa y América del Norte, por ejemplo, en los últimos decenios, las mujeres se han hecho más semejantes a los hombres, *en lo que se refiere* a educación, modalidades de empleo, apariencia e incluso en el nombre (Dyson, 2001a, pág. 73).

Estas reducciones de las diferencias de género han sido *asimétricas*, es decir, es la mujer la que se hace más semejante al hombre, en vez de a la inversa (por ejemplo, véase Lieberson, Dumais y Baumann, 2000, pág. 1285). Quiero subrayar que *no* digo que las mujeres sean iguales que los hombres (afortunadamente todavía hay diferencias y, por supuesto, la mayoría de las mujeres todavía se casan y tienen hijos en algún momento). Ni tampoco han desaparecido todas las desigualdades de género. No obstante, es este hecho fundamental, a saber, que las mujeres se asemejan cada vez más a los hombres, el que explica por qué para una proporción cada vez mayor de mujeres, en los países demográficamente más adelantados, casarse y tener hijos, sencillamente, no es tan importante como solía ser. No veo ninguna razón por qué, dadas las condiciones de baja fecundidad (y mortalidad) y el conocimiento de lo que está sucediendo en lugares como Europa, las mujeres de otros lugares del mundo no acabarían por seguir el mismo camino general.

Ciertamente, existen claros indicios de que esto es exactamente lo que ya está ocurriendo en la India. El descenso de la fecundidad ya es un hecho desde hace varios decenios, y es este fenómeno, sobre todo, el que ha abierto perspectivas totalmente nuevas de

empleo y educación a las mujeres jóvenes. Entre la población general se ha producido un aumento de la participación de la mujer en el empleo agrícola y de los salarios medios que perciben. También se ha producido una reducción de la diferencia de salario que perciben hombres y mujeres. La verdad es que en las zonas rurales, muchos hombres jóvenes no quieren trabajar en el campo. En cambio, las mujeres jóvenes con frecuencia están más interesadas. Estos procesos están contribuyendo a una reducción de la preferencia tradicional por hijos varones. En consecuencia, Bhanwar Rishyasringa (2000, pág. 441 a 442) ha dicho, acertadamente, que los cambios económicos están ocurriendo en el país en la dirección de potenciar a la mujer en relación con el hombre. Además, la educación y los medios de información están dando pábulo a las aspiraciones de la mujer. Cada vez es más obvio que las mujeres jóvenes pueden vivir su vida en gran medida independiente de los hombres. Por supuesto, estos acontecimientos son más aparentes en los sectores más acomodados de la sociedad urbana de la India, donde muchas mujeres muy instruidas no ven ninguna razón para casarse y donde, con creciente individualismo, el divorcio va casi ciertamente en aumento. Entre la creciente clase urbana selecta, muchas parejas están satisfechas con tener sólo un hijo, aunque sea una niña.

Por tanto, la fecundidad deficitaria es el resultado del proceso mismo del descenso de la fecundidad. Las mujeres cada vez se asemejan más a los hombres. Casarse y tener hijos es menos importante. A la larga, lo único que es probable que invierta estas tendencias en el mundo es algún tipo de negociación fundamental de los papeles de género, negociación en la que (para simplificar), tal vez se exija a los hombres que se asemejen más a las mujeres (por ejemplo, en lo que concierne a la crianza de los hijos). Lo que quiere decir esto es que, a menos que se lleve a cabo esta negociación, la fecundidad deficitaria acabará por ser un hecho en todas partes, incluso en la India.

HIPÓTESIS DE FECUNDIDAD PARA PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y LA INFLUENCIA DEL “INSTINTO GREGARIO”

Como se ha señalado anteriormente, el contexto del presente documento incluye la necesidad de hacer proyecciones de población exactas. Y al considerar el futuro de la fecundidad en la India, es preciso abordar la cuestión de cuál será el nivel numérico de la TGF en momentos determinados. Es decir, el debate no se puede entablar solamente en términos abstractos; es preciso hablar de los “números” en algún momento. Además, habida cuenta de que la breve discusión teórica precedente terminó con la sugerencia general de que el déficit de fecundidad podría llegar a ser una característica universal de la sociedad humana, probablemente serían oportunas unas palabras de advertencia.

Es de especial importancia tener presente que la mayor parte de los sociólogos son, en cierto grado, “animales gregarios”. Y en los círculos demográficos suele haber una *opinión predominante* de lo que está sucediendo generalmente *en relación con* las tendencias de fecundidad. Así, hace 25 años muchos demógrafos se esforzaban por comprender por qué la fecundidad de los países en desarrollo era tan *alta*. Por tanto, a veces había una predisposición correspondiente a dudar de las pruebas de la reducción de la fecundidad. En fechas tan recientes como 1979, una prestigiosa revista demográfica dio la pauta con un artículo (Cavanaugh, 1979) en cuyo título se preguntaba en tono de escepticismo “¿Está descendiendo la fecundidad en los países menos desarrollados?”. Por consiguiente, a mi juicio, Nicholas Eberstadt tenía razón cuando decía, por aquellas fechas, que en muchos países en desarrollo el descenso de fecundidad se estaba produciendo mientras los demógrafos continuaban debatiendo si, incluso descensos incipientes, estaban todavía a 15 ó 25 años de distancia (Eberstadt, 1981).

Hoy deberíamos al menos estar conscientes de que el péndulo ha oscilado demasiado en la dirección opuesta. Ahora, la *opinión predominante* es que la fecundidad está cayendo con bastante *más rapidez* de lo que se esperaba hace sólo 10 ó 15 años. Esta opinión está condicionada por el hecho de la fecundidad deficitaria de muchos países económicamente adelantados y, aunque en un marco sociopolítico muy diferente, tam-

bién en China. Un resultado de esta opinión bastante generalizada de que el descenso de la fecundidad futura puede ser más rápido de lo previsto, es que los analistas a veces se inclinan hacia la variante *baja* de la proyección de población de las Naciones Unidas o, como “solución intermedia”, usan el promedio de las proyecciones *baja y media* de las Naciones Unidas (véanse, entre otros, Seckler y Amarasinghe, 2001, pág. 4; y Seckler y Rock, 1997).

Es igualmente importante tener una actitud abierta respecto al carácter *iterativo* de la formulación de proyecciones. Tiene que ser raro que se formule la proyección de una población, se ejecute y después se escriban los resultados. Lo que suele suceder en la práctica es que se consideran los resultados iniciales de la proyección, se revisan las hipótesis, y se ejecuta una vez más la proyección. De hecho, el proceso puede entrañar varias iteraciones antes de que se formule la proyección “final”. Por supuesto, una razón de peso para hacer estas proyecciones preliminares es asegurar un resultado final verosímil y aceptable. Entre otras cosas, los totales de población proyectados no deben ser *demasiado* distintos de los resultados de otras proyecciones. Para ilustrar este punto recordemos que la última proyección de variante *alta* de las Naciones Unidas para la población de la India en 2025 es de 1.442 millones (Naciones Unidas, 2001, pág. 265). A cualquiera que hiciera una sola proyección para el país le sería difícil defender una hipótesis de fecundidad que condujera, digamos, a una población de 1.500 millones. Una vez más, eso refleja la influencia del “instinto gregario”, y a todos nos afecta hasta cierto punto.

EXAMEN DE ALGUNAS HIPÓTESIS ANTERIORES DE FECUNDIDAD APLICADAS A LA INDIA

Las hipótesis en que se basaban anteriores proyecciones de población de la India merecen consideración, en parte porque representan intentos de prever la trayectoria futura de la TGF del país en términos numéricos concretos. Probablemente, la distinción más importante que se puede hacer con respecto a las proyecciones pasadas es entre las que proyectan la población del país a escala *nacional* (es decir, para toda la India) y las que proyectan a escala *estatal*. En la primera categoría figuran las proyecciones de población de las Naciones Unidas (y de la Oficina del Censo de los Estados Unidos y el Banco Mundial). Entre las de la segunda categoría se pueden citar las del Secretario General del Registro Civil de la India, el Fondo de Población de la India y algunas más. Comparaciones más detalladas de las hipótesis y los resultados de las proyecciones se pueden encontrar en otras partes (Dyson y Hanchate, 2000; Dyson, 2002). En el presente documento, presento un resumen de los puntos que guardan una mayor *relación con* la fecundidad.

La variante *media* de la proyección de las Naciones Unidas supone que la tasa global de fecundidad de la India descenderá a un nivel aproximado al de reemplazo, es decir, 2,1 nacimientos, para 2015-2020 y que se mantendrá en él por largo tiempo. Esta hipótesis de “2,1” ha sido definida por Demeny (1997, pág. 95) como la “sabiduría preconcebida” sobre el curso de la fecundidad futura, aunque “conveniencia” podría ser un término más apropiado que “sabiduría”. Las proyecciones de variante *alta y baja* de las Naciones Unidas también llegan a sus límites inferiores en 2015-2020, pero sus tasas globales de fecundidad correspondientes son 2,6 y 1,6 (Naciones Unidas, 2001, págs. 264 a 265). Para el período 2020-2025, las proyecciones de la Oficina del Censo de los Estados Unidos y del Banco Mundial prevén que la tasa global de fecundidad será de alrededor de 2,3 y 2,2 nacimientos respectivamente (Dyson, 2001, cuadro 1).

La discusión de las proyecciones a escala estatal inmediatamente suscita una pregunta crucial: *¿De qué sirve y qué sentido tiene formular hipótesis de fecundidad para la India en general?* Por supuesto, las organizaciones internacionales a menudo se ven obligadas a hacer proyecciones de población para estados naciones individuales. Por tanto, se deben hacer hipótesis a escala nacional. De otro modo, sin embargo, varias consideraciones afines favorecen la formulación de hipótesis a escala estatal para la India. Primero, el ingente volumen de población. Segundo, debido a la existencia de distintas tasas de crecimiento

demográfico en distintos estados, la *composición* de la población del país cambia con el tiempo. Tercero, y en estrecha relación con el punto anterior, existe una considerable variación de fecundidad en el país. Por último, es un hecho cierto que, por muchas razones, los planificadores y los responsables de formular políticas de la India necesitan resultados de las proyecciones a escala estatal.

En el cuadro 1 se presentan los totales provisionales de población de los 15 estados principales, extraídos del censo de 2001. Por razones que se exponen más adelante, se ha agrupado a los estados en tres regiones generales: el sur, el norte y el este, con un elemento de subdivisión. Obsérvese que el tamaño de los estados de la India varía de cerca de 21 millones en el caso de Haryana, a casi 175 millones en el caso del (anterior) estado de Uttar Pradesh. Diez estados tienen una población de 50 millones o más.

Para generar hipótesis sobre la fecundidad futura, en las últimas proyecciones de población hechas por el Secretario General del Registro Civil de la India (1997) se emplearon ecuaciones de regresión ajustadas a estimaciones de las tasas globales de fecundidad estatales anuales, desde comienzos del decenio de 1980 a 1993. Como en el caso de todas estas proyecciones, las tasas globales de fecundidad usadas para formular las hipótesis se tomaron del Sistema de registro por muestreo (SRM) de la India, sistema de registro demográfico que, aunque no perfecto, se considera comparativamente fiable (Mari Bhat, 1998). En el cuadro 1 se presenta la tasa global de fecundidad supuesta por el Secretario General del Registro Civil para los períodos primero y último de la proyección (es decir,

Cuadro 1
Determinadas proyecciones de población, hipótesis de fecundidad y medidas demográficas para la India y sus principales estados, agrupados por región

Región/estado	Población 2001 (millones)	Proyecciones del Secretario General del Registro Civil			Proyecciones de Dyson		Factores de corrección para el Sistema de registro por muestreo de la TGF
		TGF supuesta		TGF = 2,1 (año)	TGF 1996-2001	TGF = 1,8 (período) o TGF en 2021-2026	
		1996-2001	2011-2016				
Sur							
Kerala	31,8	1,62	1,60	1988	1,80	1996-2001	1,157
Tamil Nadu	62,1	1,87	1,65	1993	1,96	2001-2006	1,095
Andhra Pradesh	75,7	2,27	1,78	2002	2,34	2001-2006	1,006
Karnataka	52,7	2,54	2,01	2009	2,41	2006-2011	1,021
Maharashtra	96,8	2,51	1,97	2008	2,63	2011-2016	0,992
Norte							
Gujarat	50,6	2,73	2,11	2014	2,93	2016-2021	0,975
Rajasthan	56,5	3,91	3,06	2048	4,13	2021-2026	1,030
Uttar Pradesh	174,5	4,75	4,05	>2100	4,73	2,32	1,024
Madhya Pradesh	81,2	3,99	3,27	>2060	3,93	1,88	1,041
Bihar	109,8	3,92	2,93	2039	4,28	2,11	1,031
Punjab	24,3	2,65	2,11	2019	2,64	2011-2016	1,027
Haryana	21,1	3,25	2,47	2025	3,31	2016-2021	1,011
Este							
West Bengal	80,2	2,56	1,99	2009	2,44	2006-2011	1,021
Orissa	36,7	2,64	2,01	2010	2,89	2011-2016	1,017
Assam	26,6	2,82	2,17	2015	3,16	2016-2021	1,066
Toda la India	1 027,0	3,64	2,52	2026	3,21	2016-2021	1,020

Fuente: Secretario General del Registro Civil, India (1997, 2001); Dyson (2002); Retherford y Mishra (2001a).

Nota: Las cifras de población que arroja el censo de 2001 son provisionales. Las cifras presentadas aquí y en el cuadro 3, correspondientes a Uttar Pradesh (UP), Madhya Pradesh (MP) y Bihar, se refieren a las jurisdicciones anteriores de estos estados (es decir, incluyen los estados recientemente establecidos de Uttaranchal, Chhatisgarh y Jharkhand, que en 2001 tenían 8,5, 20,8 y 26,9 millones de habitantes, respectivamente). La TGF para toda la India que se muestra aquí para 2011-16 es la cifra agregada. Para UP, MP y Bihar, la columna penúltima da los valores de las TGF correspondientes en 2021-26, ya que estos estados no alcanzaron la TGF de 1,8 hasta períodos posteriores. Los factores de corrección (FC) mostrados son coeficientes agregados de 15 años derivados por Retherford y Mishra del análisis de la National Family Health Survey-2.

1996-2001 y 2011-2016) y los años cuando las hipótesis de las tendencias de fecundidad global suponen que se alcanzará una TGF de 2,1. Las estadísticas ilustran la notable variación de fecundidad en la India. En particular, la fecundidad es considerablemente más alta en lo que llamaré los estados “elementales” del norte, de Rajasthan, Uttar Pradesh, Madhya Pradesh y Bihar. En otros lugares, la fecundidad es más baja, sobre todo en el sur. Cabe señalar también que si las trayectorias supuestas por el Secretario General del Registro Civil se extendieran al futuro, se tardaría aproximadamente cuatro decenios en alcanzar una TGF de 2,1 en Bihar y Rajasthan, cerca de seis decenios en Madhya Pradesh y más de un siglo en Uttar Pradesh. Sin embargo, en 2001 esos cuatro estados elementales contenían un 41,1% de la población de la India. Si la TGF descendiera tan lentamente como se indica en el cuadro 1, tendría un fuerte efecto de “rémora” del descenso de la tasa de fecundidad *nacional*.

Es un hecho desafortunado que, pese a la inevitable arbitrariedad e imposición conexa de una falsa constancia futura, las proyecciones de población para países como la India, realmente tengan que incorporar hipótesis sobre hasta qué punto descenderá la fecundidad global. El límite mínimo de la TGF que arrojan las proyecciones del Secretario General del Registro Civil es de 1,6 nacimientos. No se ofrece ninguna explicación que justifique esta cifra. Pero, obsérvese en el cuadro 1 que sólo Kerala la alcanza para 2011-2016, aunque Tamil Nadu, otro estado del sur, se le acerca. De hecho, debe haber una sospecha de que una cifra tan baja como 1,6 se eligió en parte para *compensar* las trayectorias de fecundidad extremadamente lentas que surgieron de las regresiones para los estados elementales del norte. Nótese que, si el Secretario General del Registro Civil hubiera usado un límite inferior de 2,1, no menos de seis estados habrían tenido una fecundidad supuesta *más alta* en 2011-2016. Y, naturalmente, la población proyectada del país habría sido notablemente mayor como consecuencia, tal vez “inaceptablemente” mayor a la larga.

Otro aspecto clave es que la tasa global de fecundidad de toda la India de 2,52 nacimientos, que se muestra en el cuadro 1 para el período 2011-2016, es una cifra “agregada”, es decir, el resultado de ponderar las TGF estatales supuestas por las proporciones correspondientes de mujeres que se proyecta que tienen de 15 a 44 años. Ahora bien, en el informe del Secretario General del Registro Civil queda claro que si se aplicara el método de regresión a las TGF disponibles del sistema de registro por muestreo para *toda la India*, daría una TGF de sólo 2,33 para 2011-2016. Por tanto, en igualdad de circunstancias, las hipótesis a escala estatal tienden a producir un ritmo considerablemente *más lento* de descenso de la fecundidad nacional. No obstante, es un hecho que los estados con TGF relativamente alta, con el tiempo, están constituyendo una fracción creciente de la población de la India. Así, en 1971, los cuatro estados elementales del norte contenían sólo un 38,7% de la población del país. Por tanto, los cambios en la composición regional de la población afectarán el curso futuro de la fecundidad global de toda la India.

Las proyecciones a escala estatal del Fondo de Población de la India también usan el límite mínimo de la TGF de 1,6. Una vez más, no se discute esta elección. Y una vez más, una explicación plausible es que sirve para facilitar un ritmo aceptable de descenso de fecundidad nacional. Así, en las proyecciones del Fondo de Población de la India, no menos de siete estados principales alcanzan una TGF de 1,6 para 2016 y la cifra llega a 12 para 2026. Ahora bien, la TGF que se supone que tendrá Uttar Pradesh en 2016 sigue siendo tan alta como 4,0 nacimientos y en 2026 todavía es de 3,5. Las proyecciones del Fondo de Población de la India también ilustran que la formulación de hipótesis a escala estatal produce un ritmo más lento de descenso de la fecundidad nacional. Por tanto, los autores afirman que “mientras que la extrapolación de la TGF de la India de 1971 a 96 habría dado por resultado una TGF de 2,1 para el año 2016, cuando se toman en consideración las variaciones regionales, parece que la fecundidad de reemplazo correspondiente a una TGF de 2,1 se logrará para el año 2026, es decir, 10 años después. Esta [última] hipótesis se ha usado para proyectar la población de la India” (Natarajan y Jayachandran, 2001, pág. 40).

Por último, en esta sección, en el cuadro 1 se presenta un resumen de las hipótesis de fecundidad de mis propias proyecciones a escala estatal (Dyson, 2002). Dudo que la

tasa global de fecundidad pueda caer a un nivel promedio de 1,6 nacimientos en muchos estados en el período hasta 2026. Por tanto, para ser franco, lo que he tratado de conseguir al formular estas hipótesis ha sido algún tipo de “solución intermedia”, es decir un planteamiento que produzca simultáneamente un ritmo de descenso de la fecundidad razonablemente rápido en todos los estados, pero que, al mismo tiempo, evite el uso de un límite mínimo extremadamente bajo. Se experimentó con varios planteamientos para lograr estos resultados. Pero el que se usó finalmente entrañaba el ajuste de regresiones lineales a las TGF a escala estatal, del sistema de registro por muestreo, disponibles para 1986-1998. Estas se emplearon para extrapolar al futuro hasta que la TGF alcanzara un límite mínimo de 1,8 nacimientos, en el cual se mantuviera constante. Esencialmente, la cifra de 1,8 es una solución intermedia entre 1,6 y 2,1. Para Assam (donde el sistema de registro por muestreo se ha visto afectado por perturbaciones políticas), las TGF sospechosas de 1994 y 1995 se omitieron de las regresiones. Para Rajasthan, el período usado para ajustar la regresión fue el de 1984-1998 (porque la inclusión de las TGF de 1984 y 1985 producía un descenso de fecundidad algo más rápido). Evidentemente, estas modificaciones son arbitrarias. Pero en su defensa se puede alegar que son modestas y producen trayectorias de fecundidad que parecen más plausibles. Asimismo, en el caso de Kerala, la TGF se supuso constante en 1,8 nacimientos a lo largo de la proyección: esto se debió a que el sistema de registro por muestreo indica que la fecundidad deficitaria ya se ha alcanzado (pero, véase más abajo).

No obstante, en el caso de Uttar Pradesh (nada menos que 175 millones de personas), el ajuste de una regresión lineal a las tasas globales de fecundidad para 1986-1998 todavía produjo un ritmo de descenso de fecundidad *muuy* lento, con arreglo al cual la fecundidad seguiría siendo de alrededor de 3,2 nacimientos para 2021-2026, mientras que en *todos* los demás estados principales sería de alrededor de 2,1. No obstante, si la extrapolación lineal produce una TGF de 2,1 para el estado elemental septentrional vecino de Bihar en 2021-2026, parece poco probable que, en ese mismo período, la TGF de Uttar Pradesh la sobrepase en más de un nacimiento. Por tanto, hice la hipótesis subjetiva, aunque arbitraria, de que la TGF de Uttar Pradesh en 2021-2026 será cerca un 10% más alta que la de Bihar (que se aplica durante el período base de 1996-2001, véase el cuadro 1). Esto significa que la TGF supuesta de Uttar Pradesh cae a cerca de 2,3 en 2021-2026 y que el estado no es el único caso aislado de consideración. Éste es un caso donde nuestro conocimiento de que la fecundidad ha caído con más rapidez de lo que se había previsto en muchas poblaciones prevalece sobre cualquier simple extrapolación de los números. Creo que la TGF en Uttar Pradesh caerá con más celeridad de lo que se ha supuesto en las proyecciones del Secretario General del Registro Civil o el Fondo de Población de la India. De hecho, la TGF del estado podría ser menos de 2,3 para 2021-2026.

En el cuadro 2 se resumen las consecuencias de esta hipótesis a escala estatal para la trayectoria de la fecundidad global de toda la India (la TGF a escala estatal se pondera en las proyecciones de poblaciones femeninas correspondientes de 15 a 49 años de edad).

Cuadro 2
Trayectorias futuras de la TGF de toda la India derivadas de hipótesis de trayectorias a escala estatal, pero que incorporan distintos límites mínimos de TGF

Período	Límite alto (TFR = 2,1)	Límite mediano (TFR = 1,8)	Límite bajo (TFR = 1,5)
2001-2006	2,92	2,84	2,81
2006-2011	2,68	2,55	2,46
2011-2016	2,48	2,33	2,20
2016-2021	2,30	2,13	1,98
2021-2026	2,14	1,94	1,78
2026-2031	2,10	1,81	1,59
2031-2036	2,10	1,80	1,50
2036-2041	2,10	1,80	1,50

Fuente: Dyson (2002).

Por supuesto, los resultados de la trayectoria de la fecundidad para toda la India es no lineal. Obsérvese que la TGF del país cae de cerca de 3,2 durante el período de 1996-2001 a ligeramente por encima de la de reemplazo (2,13 nacimientos para 2016-2021), trayectoria que es muy similar a la supuesta en la proyección de variante *media* de las Naciones Unidas. Ahora bien, a diferencia de la proyección de las Naciones Unidas, la fecundidad global continúa cayendo hasta que llega a un límite mínimo supuesto de 1,8 (de 2031 a 2036). En el cuadro 2 también se presentan las trayectorias supuestas de la TGF de toda la India, que surgen cuando se usan los niveles mínimos estatales de 2,1 y 1,5 nacimientos. Estas últimas trayectorias representan un intento de generar proyecciones nacionales de variantes “alta” y “baja” que actúan, por así decir, del nivel estatal hacia arriba. Nótese que para 2021-2026 la TGF de la India puede oscilar entre 2,14 y 1,78 nacimientos; con un valor central de 1,94. A lo largo de 50 años, estas hipótesis diferentes suponen grandes variaciones de tamaño en las poblaciones de toda la India —las poblaciones proyectadas correspondientes en 2051 son 1.731, 1.579 y 1.458 millones. Esta última cifra, basada en un límite mínimo de TGF de tan sólo 1,5, parece muy poco probable.

Para concluir esta sección quiero subrayar dos puntos. Primero, el valor —y las dificultades— de adoptar un planteamiento de hipótesis a escala estatal. Segundo, que las iteraciones y las soluciones intermedias son inevitables, en particular al formular proyecciones a escala estatal. Tercero, que todos estamos condicionados, en cierto grado, por ideas preconcebidas sobre qué hipótesis y resultados son aceptables.

OBSERVACIONES ADICIONALES SOBRE LA ÍNDOLE DEL DESCENSO FUTURO DE LA FECUNDIDAD

Algunas justificaciones y salvedades respecto a la exposición precedente son pertinentes. Por ejemplo, se debe poner de relieve que la fecundidad está cayendo prácticamente en todos los estados de la India, incluidos los estados elementales del norte. Tal vez las únicas excepciones sean Kerala y Tamil Nadu, donde, según datos del sistema de registro por muestreo, la fecundidad global ya ha bajado de 2,1. El hecho de que la fecundidad está disminuyendo en todas partes está demostrado tanto por el sistema de registro por muestreo como por el análisis de los datos del método de los hijos propios, de dos rondas de la National Family Health Survey (ENSF) que se llevaron a cabo durante 1992-1993 y 1998-1999 (véase Retherford y Mishra, 2001a). El sistema de registro por muestreo indica que la tasa global de fecundidad ha estado cayendo en la mayor parte de los estados desde el decenio de 1970, en algunos casos, desde sus primeros años, o tal vez incluso antes (Dyson, 2001b).

Dicho esto, es probable que la mayor parte de las estimaciones del sistema de registro por muestreo usadas en las proyecciones de fecundidad discutidas más arriba, *subestimen* ligeramente el nivel verdadero de la fecundidad global. Así pues, con respecto a Uttar Pradesh, Retherford y Mishra llevaron a cabo un estudio comparativo de los datos de la encuesta nacional sobre salud de la familia y del sistema de registro por muestreo, que también se benefició de una encuesta de verificación posterior de la ENSF. Sugieren que en 1997, la TGF verdadera de Uttar Pradesh puede haber sido de alrededor de 5,2 nacimientos, en vez de 4,8 como indica el sistema de registro por muestreo (Retherford y Mishra, 2001b). En el cuadro 1 se presentan los factores de corrección (FC) de las TGF del sistema de registro por muestreo procedentes del análisis de los hijos propios de los datos de la ENSF, también por Retherford y Mishra (2001a, pág. 39). Obsérvese que para el país en general, el nivel de la TGF del sistema de registro por muestreo en el decenio de 1990 puede que tenga que ajustarse al alza, tal vez en un 2%. Sin embargo, en cierto modo, se puede discutir si estos valores de FC son de suficiente magnitud o firmeza (se dan otros valores de sustitución) para merecer su uso en la formulación de hipótesis de fecundidad a escala estatal.

Los factores de corrección que figuran en el cuadro 1 sirven para hacer otra observación pertinente. En la medida en que haya alguna justificación *empírica* para suponer un límite mínimo inferior al de reemplazo para la fecundidad global estatal, radica en las

estimaciones del sistema de registro por muestreo para Kerala y Tamil Nadu. Con arreglo al sistema de registro por muestreo, la TGF de Kerala cayó primero por debajo de 2,1 nacimientos en 1988; durante el período de 1992 a 1994 cayó aún más, hasta situarse justo en 1,7; y en años subsiguientes ha aumentado ligeramente a 1,8. En el caso de Tamil Nadu, el sistema de registro por muestreo indica que la fecundidad global cayó por debajo de 2,1 en 1997 y en 1998 todavía era de 2,0 nacimientos (Secretario General del Registro Civil de la India, 1999). Obsérvese, sin embargo, que los factores de corrección para Kerala y Tamil Nadu son considerables, 15,7 y 9,5, respectivamente. Estos valores son suficientemente altos para poner en tela de juicio la sugerencia de que *cualquier* estado de la India ya ha tenido una tasa global de fecundidad muy por debajo de 2,1.

Otra observación pertinente es que las series cronológicas disponibles de sistema de registro por muestreo no constituyen un respaldo suficiente a la idea de que la fecundidad global en cualquier estado se estabilizará durante un período de tiempo prolongado en lo que se puede calificar de nivel “intermedio” (digamos, cualquier cifra tan alta como 2,6 nacimientos). Esto es especialmente cierto si al interpretar los datos se toman en consideración los cambios pasados en la cobertura de los nacimientos del sistema y las rotaciones en su muestra. Es cierto que los datos del sistema de registro por muestreo revelan de vez en cuando aumentos genuinos de la fecundidad, por ejemplo, en Maharashtra durante 1975, después de una pertinaz sequía que provocó un descenso de la TGF de 1973 a 1974. Y se han hecho algunas sugerencias en el sentido de que la fecundidad global puede no haber descendido mucho durante los años siguientes a la Emergencia —declarada por la Sra. Gandhi de 1975 a 1977—, que dio paso a un período de reveses en las actividades de planificación de la familia. Sin embargo, esos acontecimientos fueron comparativamente de corta duración. Es obvio que podrá haber nivelaciones a corto plazo e incluso aumentos de la fecundidad global en el futuro (por ejemplo, después de una sequía). Pero estos sucesos son imposibles de prever y a fin de cuentas, de poca importancia. Por tanto, el sistema de registro por muestreo sugiere que, en general, una vez que la tasa global de fecundidad empieza a caer en cualquier estado, la tendencia descendente se mantiene.

A mi modo de ver, los descensos de fecundidad en curso continuarán a medio y largo plazo, en gran parte, independientemente de las tendencias en las variables socioeconómicas convencionales como el ingreso per cápita y la urbanización. Es decir, en una medida considerable, estos descensos de la tasa global de fecundidad tienen ahora una “vida propia”. Esto no quiere decir que en la mayor parte de los análisis estos factores socioeconómicos no tiendan a estar directamente relacionados entre sí e inversamente relacionados con la fecundidad, ni tampoco que estas variables no puedan tener algún efecto de *facilitar* —de acelerar muy ligeramente— los descensos de la fecundidad de los estados. Además, la mayor parte de los análisis orientados al futuro coinciden en que en los próximos decenios, los promedios de ingreso per cápita y urbanización seguirán aumentando en la mayoría de los estados (aunque a distinto ritmo, que se prevé más rápido en el sur de la India). Dicho esto, como se expone más abajo, puede haber más dimensiones regionales, *profundamente arraigadas* en la sociedad de Asia meridional, que han contribuido a determinar *tanto* el calendario como la medida del adelanto socioeconómico y demográfico. Por consiguiente, al considerar la variación actual de fecundidad, por ejemplo, entre los principales estados del país, lo que se observa sobre todo son diferencias en el *calendario* del descenso de la fecundidad, más que diferencias en el efecto de estas variables socioeconómicas. Como ya he dicho, considero el descenso de la fecundidad un ajuste inconsciente, desfasado, a los efectos de las mejoras sostenidas y masivas en mortalidad. En la India, el descenso de la mortalidad, que en principio era muy lento, se remonta aproximadamente al decenio de 1920. Para la independencia, en 1947, la esperanza de vida había aumentado ligeramente a cerca de 33 años. Ahora es, probablemente, alrededor de 62, y sigue aumentando. Si bien, por supuesto, existen variaciones de mortalidad entre los estados, son de menor importancia comparadas con las importantes mejoras sostenidas en mortalidad que se han registrado en todo el país, tal vez, a lo largo de 70 años.

Esto no supone una negación del poder de los medios de comunicación, las actividades de planificación de la familia y las mejoras en educación, de acelerar ligeramente la respuesta del descenso de la fecundidad. El ritmo al que diversas formas de comunicación (los viajes en autobús, los teléfonos públicos, las películas, e incluso los cafés de Internet) se están propagando en la India, en particular en el sur, es asombroso. La NFHD de 1998-1999 reveló que un 48% de las familias tenían una bicicleta, un 11% poseían un ciclomotor, un "scooter" o una motocicleta, un 38% tenían radio, un 25% tenían televisores en blanco y negro y un 10% tenían televisores en color (Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro, 2000, pág. 40). Estos acontecimientos continuarán sin duda en los próximos decenios y me darán confianza en mis hipótesis de descenso razonablemente rápido de la fecundidad, que se presentan en forma resumida en los cuadros 1 y 2. Cabe señalar, asimismo, que el control de las actividades de planificación de la familia ha pasado cada vez más a ser competencia de los estados en vez del gobierno central de Nueva Delhi. Esto puede que no suponga una gran diferencia en el ritmo general de las actividades de planificación de la familia en el país, pero en algunos estados, tal vez de manera más notable en Andhra Pradesh, ha llevado a los políticos recientemente a formular estrategias muy dinámicas, impulsadas por "metas" e "incentivos" para promover la esterilización, sin consideración a lo que pudiera ser el sentir general después de El Cairo. Una vez más, es difícil prever el efecto de estos acontecimientos, pero pueden tener una función de aceleración. Sería especialmente importante mejorar la disponibilidad de métodos de planificación de la familia en estados como Uttar Pradesh y Bihar, ya que no hay duda de que estos estados se enfrentan a graves dificultades de oferta. Por supuesto, la educación de la mujer se considera un medio especialmente eficaz de aumentar el control de la fecundidad. Entre 1991 y 2001, la tasa de alfabetización de las mujeres de 7 años en adelante aumentó del 39% al 54% (las cifras correspondientes para los hombres son del 64% y 76% (Secretario General del Registro Civil de la India, 2001)). Existen numerosos indicios de que los padres indios están atribuyendo un valor mucho mayor a la educación de sus hijos. Esta tendencia también da más credibilidad a la idea de que la fecundidad en la mayoría de los estados descenderá a un ritmo bastante rápido. Esto no debe hacernos olvidar el hecho de que, en particular en el sur, existen decenas de millones de mujeres pobres, con 2 hijos, esterilizadas y sin ningún tipo de instrucción (McNay, Arokiasamy y Cassen, 2000). Las mujeres más instruidas pueden reducir su fecundidad antes y con más rapidez, pero después de algún tiempo, las mujeres menos instruidas se ponen casi a su altura. De nuevo, la educación afecta el *calendario* de la reducción de la fecundidad, pero su efecto directo en el nivel *final* de la fecundidad puede ser insignificante.

Por último, es oportuno decir unas palabras sobre la forma en que la *distribución de la fecundidad por edad* se ha transformado con el descenso de la fecundidad. En este aspecto, los datos de la encuesta nacional sobre salud de la familia pueden ser más valiosos que los del sistema de registro por muestreo, aunque ambas fuentes revelan un cuadro similar. En resumen, en particular en los estados con fecundidad relativamente baja, hay una distribución de fecundidad *anormalmente* joven y *extremadamente* concentrada. El análisis muestra que entre la primera y la segunda ronda de la encuesta nacional sobre salud de la familia, la localización de la edad de la fecundidad descendió aún más y se concentró más en casi todos los estados principales (Dyson, 2002). Por ejemplo, los datos de la ENSF de 1998-1999 indican que en Andhra Pradesh y Maharashtra cerca del 70% de la tabla de fecundidad por edad está localizada en las edades de menos de 25 años. De continuar las últimas tendencias, esto pronto será también lo que suceda en Gujarat, Haryana, Tamil Nadu y Bengala Occidental.

La esterilización femenina es la principal forma de anticoncepción en la India. La ENSF reveló que un 34% de las mujeres casadas en el país cuando se hizo la encuesta, estaban esterilizadas y ese método representaba el 71% del uso total de anticonceptivos (Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro, 2000, pág. 133). La edad media a la que las mujeres se sometían a la esterilización era de 25,7 años. Lo que

esto indica es una tendencia hacia un régimen de fecundidad en el que las mujeres indias siguen empezando a cohabitar a una edad relativamente joven (una edad que, hay que reconocer, probablemente ha aumentado), tienen 2 hijos en sucesión bastante rápida (casi con seguridad, al menos uno de ellos es un varón) y entonces se someten a la esterilización. La esterilización de la mujer es popular. Los analistas del pasado que, con bastante lógica, consideraban que serían necesarias formas reversibles de anticoncepción para que las jóvenes indias aceptasen esta práctica, se equivocaron completamente (véase Nortman, 1978).

LA DIMENSIÓN REGIONAL

Espero haber demostrado que, aunque no carece de problemas, la consideración de los “números” disponibles puede dar alguna idea de cómo descenderá la fecundidad en distintas partes de la India. Dicho esto, como se ha dado a entender repetidamente, los “números” deben interpretarse en su sentido más amplio. En particular parece sensato preguntarse si existen características profundamente arraigadas en la sociedad india que puedan persistir para influir en el comportamiento de la fecundidad en el período posterior a la transición de la fecundidad.

Recuérdese que he afirmado anteriormente que la fecundidad deficitaria surge de las consecuencias que el descenso de la fecundidad misma tiene en la vida de la mujer. En particular, en las etapas tardías de la transición de la fecundidad, las mujeres jóvenes tienen cada vez más medios de adelanto que el matrimonio, los hijos y una vida que transcurre principalmente en la esfera doméstica. La importancia de casarse y tener hijos disminuye, aunque, por supuesto, la mayoría de las mujeres siguen casándose y teniendo hijos. No obstante, dado el hecho básico del descenso de la fecundidad (y en menor grado, de la mortalidad), no parece haber ninguna razón para que esa justificación de la fecundidad deficitaria no se aplique a todas las poblaciones. Pero puede haber variaciones en determinados factores socioestructurales esenciales, por ejemplo, en la importancia fundamental del matrimonio, que pueden afectar la rapidez y facilidad con que se llega a un déficit de fecundidad.

Al considerar la futura fecundidad de la India, no se puede pasar por alto la dimensión regional subyacente con sus correlaciones socioestructurales concomitantes. El contraste básico entre los grupos de estados que figuran en los cuadros 1 y 3 es entre el “norte” y el “sur”, con el “este” en una posición intermedia. En el “norte” los estados económicamente más adelantados del Punjab y Haryana se han separado un poco, lo mismo que Gujarat, que limita con Maharashtra (al que aquí se ha incluido en el sur). Kerala merece alguna separación en el sur; de hecho, desde una perspectiva demográfica, es muy similar a Sri Lanka, de la que le separan unos pocos kilómetros de mar (Dyson, 2001b).

Aunque entraña vastas generalizaciones, el argumento principal, que se ilustra en el cuadro 3 con los últimos datos estadísticos, es que las partes norte y sur del subcontinente indio parecen haber estado bajo *regímenes demográficos* bastante diferentes durante largo tiempo. El norte parece haber tenido siempre índices de fecundidad y mortalidad ligeramente más altos, una mayor precocidad en la edad en que sus mujeres contraen matrimonio y un mayor exceso de mortalidad femenina. Estos regímenes y su base socioestructural se han detallado en otros lugares a partir de datos para distintos períodos del siglo XX (véase Dyson y Moore, 1983). En el cuadro 3 se muestra que, con algunas alteraciones, todavía persisten las características *relativas* básicas. La fecundidad más alta se da en los cuatro estados elementales del norte. Y la proporción entre niños y mujeres del censo indican que hasta alrededor del último tercio del siglo XX, la fecundidad en el Punjab, Haryana y Gujarat también era comparativamente alta. La fecundidad parece haber sido siempre comparativamente baja en el sur; y en los estados del sur se registraron descensos de fecundidad antes que en los estados elementales del norte. Es interesante que los análisis que usan la proporción entre niños y mujeres a escala de distrito, para el período de 1951 a 1991, indican que el descenso de la fecundidad se propagó gradualmente por el sur de la India desde una “cabeza de puente” inicial en el extremo sur; a este

Cuadro 3

El contexto regional de la fecundidad india, algunas medidas que ilustran la continua influencia de los regímenes demográficos del norte y del sur del país

Región/estado	TGF (nacimientos) 1996-1998	EVN (años) 1992-1996	Tasa de mortalidad 0-4 (por mil) 1992-1996	Relación hombres-mujeres 2001	EMPSC (años)		Porcentaje que quiere más hijos que hijas	Porcentaje que no participa en ninguna adopción de decisiones
					Hombres	Mujeres		
Sur								
Kerala	1,8	73,1	3,2	0,945	27,9	21,5	14,6	7,2
Tamil Nadu	2,0	63,7	13,4	1,014	26,6	20,9	9,6	2,4
Andhra Pradesh	2,5	62,0	16,8	1,023	23,9	18,3	19,8	7,4
Karnataka	2,5	62,9	16,4	1,038	26,7	20,1	13,0	8,1
Maharashtra	2,7	65,2	12,2	1,084	25,3	19,8	27,1	7,2
Norte								
Gujarat	3,0	61,4	20,8	1,086	24,4	20,2	33,2	4,1
Rajasthan	4,2	59,5	29,5	1,085	22,3	18,3	47,5	13,3
Uttar Pradesh	4,8	57,2	31,1	1,109	23,3	19,0	53,3	16,4
Madhya Pradesh	4,0	55,2	32,3	1,067	23,5	18,9	42,5	12,5
Bihar	4,4	59,4	25,9	1,080	23,8	18,8	47,9	13,5
Punjab	2,7	67,4	14,9	1,145	25,7	22,1	29,1	1,0
Haryana	3,4	63,8	22,2	1,161	24,6	19,8	37,5	3,4
Este								
Bengala Occidental	2,5	62,4	16,8	1,071	26,2	19,6	20,7	8,0
Orissa	3,0	56,9	28,1	1,029	26,6	21,2	37,6	10,6
Assam	3,2	56,2	26,9	1,073	27,8	21,7	38,2	4,6
Toda la India	3,3	60,7	25,2	1,072	24,9	19,7	33,2	9,4

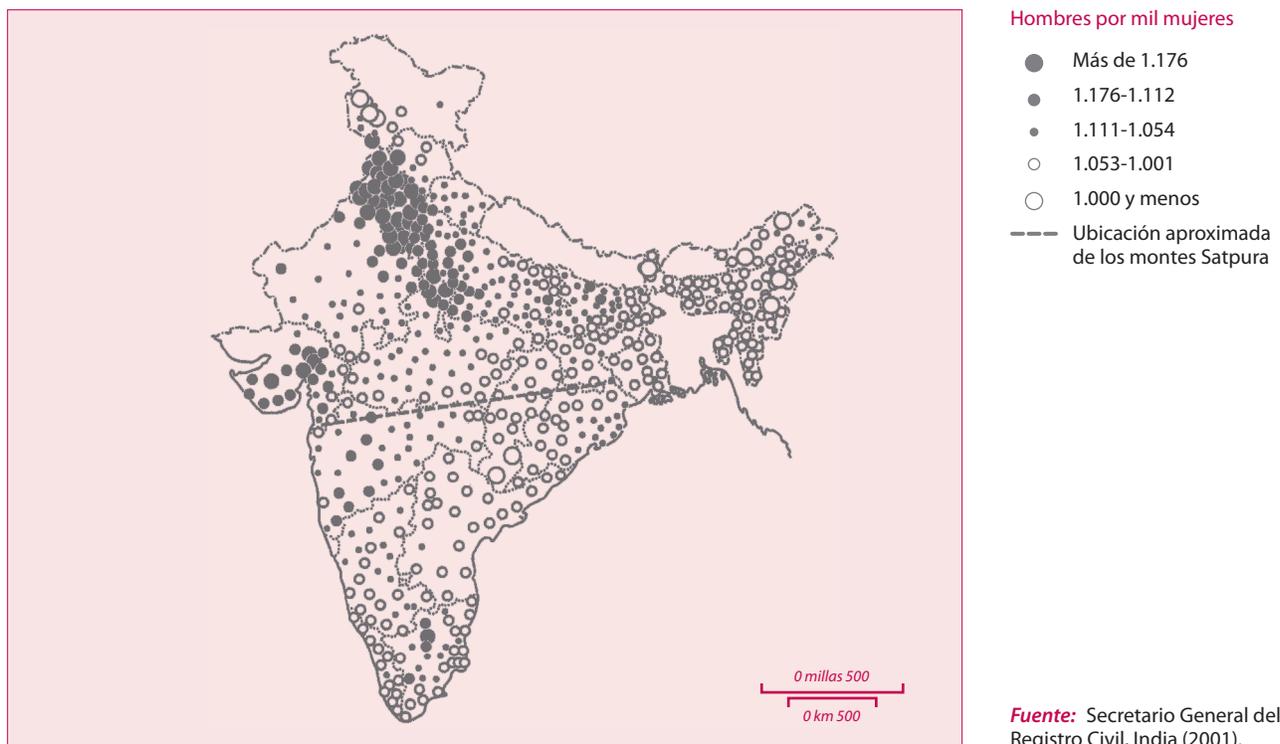
Fuente: Secretario General del Registro Civil, India (1997, 1999, 2000, 2001); Instituto Internacional de Ciencias de la Población y ORC Macro (2000).

Nota: TGF = tasa global de fecundidad; EVN = esperanza de vida al nacer; EMPSC = edad media de la población soltera al casarse. Las relaciones entre hombres y mujeres mostradas aquí son el cociente resultante de dividir el número de hombres empadronados en el censo de 2001 por el número de mujeres empadronadas. La tasa de mortalidad de 0-4 que se da para toda la India es el promedio de las tasas de 1991 y 1996. Todas las medidas de mortalidad y fecundidad se han tomado del sistema de registro por muestreo. La EMPSC y las restantes medidas se han extraído de la encuesta nacional sobre salud de la familia de 1998-1999. Los porcentajes de preferencia por los hijos varones y adopción de decisiones se basan en las respuestas de las mujeres alguna vez casadas, entrevistadas en la encuesta de la ENSF. Las mujeres incluidas en la categoría de "no participa en ninguna adopción de decisiones" no hicieron ninguna decisión, por ejemplo respecto a cuándo pueden visitar a sus parientes consanguíneos, su propia atención de la salud, o qué alimentos pueden cocinar en su hogar.

descenso le siguió un poco más tarde una segunda emanación más lenta de descenso de fecundidad de una cabeza de puente en Punjab/Haryana, en el norte (Guilmoto y Rajan, 2001). Como se ha insinuado anteriormente, las diferencias en el calendario del descenso de la fecundidad han acentuado probablemente el tamaño actual de la anterior diferencia norte-sur. Pero lo más importante es que esta diferencia probablemente existía antes de iniciarse la transición de la fecundidad. En el cuadro 3 se demuestra que un cuadro bastante similar de la variación norte-sur está relacionado con la mortalidad, con Kerala con una esperanza de vida al nacer excepcionalmente alta. Una vez más, el contraste norte-sur se refleja en los datos a partir de mediados del siglo XX y puede muy bien haber existido antes. Obsérvese que las mujeres de los estados elementales del norte tienden a casarse más jóvenes, característica que tiene resonancias claras en los datos del censo, a partir de finales del siglo XIX.

En el cuadro 3 se muestra que la excepcional masculinidad de la población de la India es característica de los estados del norte. Este diferencial también está profundamente arraigado y es de larga tradición. La proporción entre hombres y mujeres del censo siempre ha sido excepcionalmente masculina en el norte, en particular en Punjab-Haryana y las regiones vecinas de Uttar Pradesh occidental. Al igual que el diferencial de abandono del niño, en el pasado ese fenómeno también reflejaba el infanticidio en algunas castas más altas. Mediante datos de distritos del censo de 2001, el gráfico 1 muestra la misma pauta básica de variación norte-sur en la proporción entre hombres y mujeres en lo que

Gráfico 1
Relaciones entre hombres y mujeres por distrito, para niños de 0 a 6 años, 2001



Fuente: Secretario General del Registro Civil, India (2001).

se refiere a los niños. En gran parte del norte de la India se da el abandono de las niñas lactantes y menores, en particular de las niñas a partir del nacimiento de segundo orden. De hecho, estos prejuicios pueden agravarse con el descenso de la fecundidad (Das Gupta y Mari Bhat, 1998). Es curioso, y probablemente ha estado facilitado por la mayor disponibilidad de los últimos tiempos del aborto como medio de selección del sexo de los hijos, que en 2001, la población infantil del Punjab, Haryana, Maharashtra y Gujarat era mucho más masculina que en 1991 (Dyson, 2001c). Nótese también que en el sur, algunos distritos de Tamil Nadu occidental tienen ahora poblaciones infantiles excepcionalmente masculinas. Este es un acontecimiento relativamente nuevo. El contraste esencial norte-sur persiste, pero debemos estar conscientes de las modificaciones.

La explicación de este contraste demográfico es complicada (Dyson y Moore 1983). Pero para los fines del presente documento, baste decir que la sociedad del norte tiende a dar más importancia a la descendencia *masculina*. Las unidades sociales principales son grupos de hombres relacionados por línea paterna (es decir, padres e hijos). Las normas del matrimonio son exogámicas; los grupos que “dan la esposa” son socialmente inferiores a los que “toman la esposa”, y la dote (es decir, los recursos que van de la familia de la novia a la del novio) es la principal transacción del matrimonio. Por consiguiente, en el sistema de parentesco del norte, tanto como un arreglo fundamental para tener y criar hijos (en particular herederos varones), el matrimonio representa una declaración de la relación entre distintos grupos. Es un elemento esencial de la estructura de la sociedad en su sentido más amplio. Cuando la mujer se casa, a menudo se traslada a lugares muy distantes para ir a vivir con una familia donde es una extraña. Su grado de autonomía personal es extremadamente bajo y la preferencia por un hijo es muy marcada (cuadro 3). Una hija suele necesitar una dote. Tener un hijo varón es la principal vía por la que una joven casada puede mejorar su situación. Se ha dicho muchas veces que la preferencia por un hijo en la India refleja el requisito hindú de que un hijo encienda la pira funeraria. Pero este rito lo pueden realizar otras personas distintas del hijo y el mayor mérito

religioso también exige dar una hija en matrimonio. Por tanto, la base real de la fuerte preferencia por los hijos varones, y del abandono de las hijas, radica en los arreglos básicos de parentesco, sucesión y matrimonio.

Aunque algunas de las características más odiosas del sistema de parentesco del norte, en particular la dote, han ido afectando cada vez más a partes del sur de la India, el sistema tradicional del sur todavía prevalece en algunos lugares y tiene importantes ramificaciones. Las normas tradicionales del matrimonio en el sur suelen ser endógenas y las mujeres con frecuencia se casan con sus parientes (por ejemplo, primos o tíos). Por tanto, el novio suele venir de familias conocidas, tal vez de la misma aldea. En este sistema, existía una igualdad social aproximada entre parientes relacionados por lazos de matrimonio. Y en la mayor parte del siglo XX, la dote no era muy importante en la mayor parte del sur. Por consiguiente, la preferencia por los hijos varones tiende a ser considerablemente más débil y el nacimiento de una hija era, y es, más aceptable (cuadro 3). Además, dado que las mujeres del sur suelen casarse con hombres a los que conocen, las relaciones conyugales tienden a ser más equilibradas. Después del matrimonio, las mujeres siguen relacionándose con sus padres con más frecuencia de lo que suele ser la norma general en el norte y hay menos necesidad de adaptación de las recién casadas a su nuevo entorno social en su hogar conyugal. En resumen, para citar a Irawati Karve (1953, pág. 229) “el sur representa ... una mayor libertad para la mujer en ... la sociedad”.

A mi juicio, varias razones dan cuenta de por qué el contraste básico entre el norte y el sur significará que, en el futuro previsible, digamos en los próximos 25 años, la fecundidad deficitaria es mucho más probable que prevalezca en el sur que en el norte de la India. Primero, existe el hecho básico de que la fecundidad parece haber sido siempre un poco más baja en el sur. Por supuesto, el hecho de que algo haya venido sucediendo desde largo tiempo no quiere decir que vaya a perdurar necesariamente, pero, al mismo tiempo, esta consideración no puede descartarse enteramente. Segundo, en igualdad de circunstancias, la preferencia especialmente marcada por los hijos varones, característica del norte, debería tender a promover niveles de fecundidad algo más altos en esa zona. Tercero, como se ha dicho anteriormente, en el norte, la institución del matrimonio es esencial para la construcción de una sociedad más amplia. Esto es importante, en primer lugar, porque supone que las mujeres del norte tardarán más en explorar otros modos de vida distintos del ámbito doméstico. De hecho, las mujeres del sur llevan una ventaja de muchos años en lo que se refiere a su grado de “libertad”, “autonomía”, “adopción de decisiones personales”, o como se quiera llamar (véase el cuadro 3).

También es importante señalar que, en general, la sociedad y la economía del sur de la India son considerablemente más *dinámicas* que las del norte. Con esto no se niega la existencia de excepciones en el norte, como Delhi, Punjab y Haryana (aunque todos estos lugares tienen poblaciones relativamente pequeñas). Gujarat es también tan social y económicamente dinámico como Maharashtra, con el que limita al sur. Pero, al viajar alrededor de la India se echa de menos la animación en el núcleo septentrional, insular, gangético. En cambio, la India meridional, tanto en sus zonas urbanas como rurales, produce una sensación muy diferente. Por tanto, comparado con los estados elementales del norte, el crecimiento de las tasas de ingreso per cápita ha sido en general mucho más rápido en el sur. Los estados del sur también tienden a ser más urbanos. Además, la mayor parte de los grandes centros urbanos, más vibrantes, como Mumbai, Pune, Bangalore, Hyderabad, Chennai, están en el sur. Son estas ciudades, sobre todo, las que se han beneficiado de la liberalización de la economía desde comienzos del decenio de 1990, y donde se han generado numerosas oportunidades de inversión. Estos son los principales lugares donde se concentra el creciente número de trabajos de tecnología avanzada, y donde las nuevas líneas de teléfono de alta capacidad han conducido al establecimiento de grandes centros de llamadas (que a menudo emplean a mujeres jóvenes), que sirven a mercados de ultramar. Estos son los lugares donde gran parte del reciente crecimiento del empleo urbano, por ejemplo en el sector de servicios y la industria ligera, ha favorecido cada vez más a la mujer. Y es en el sur donde se sospecha que los niveles futuros de educación y

crecimiento económico provocarán un aumento de la migración en busca de empleo, negocios y educación para los hombres, pero también para las mujeres (Dyson y Visaria, 2002). Por último, se debe reiterar el papel de la migración y los medios de información en el cambio de la forma en que la mujer india se ve a sí misma. En particular, la migración internacional del pasado (incluidas, preciso es decirlo, corrientes considerables del Punjab y Gujarat) tiene, a través de mecanismos tales como las visitas de regreso de los indios residentes en el extranjero —y sus hijos—, un efecto desproporcionado al ayudar a propagar elementos de lo que se ha dado en llamar un estilo occidental. Las consecuencias son muy evidentes entre los hombres y las mujeres con más instrucción que residen en ciudades como las que ya hemos mencionado. Las influencias de estos estilos de vida se han reflejado cada vez más en los medios de comunicación de más difusión, algo que será cada vez más común en los años venideros.

Por consiguiente, en la sociedad del sur de la India, en particular, hay excelentes perspectivas de que un creciente número de mujeres jóvenes se labren su propia vida independiente, en la que el matrimonio y la maternidad sean menos importantes. La mayoría de ellas se casará, pero ellas y sus maridos estarán contentos con 2 hijos o con un hijo solo, incluso si es niña; pero sea niña o niño, su educación será objeto de una atención más esmerada. Con frecuencia, en ocupaciones tales como enfermería, enseñanza y servicios, se puede decir que las mujeres jóvenes de Kerala han abierto brecha desde hace tiempo. Y si la fecundidad global del estado todavía no es deficitaria, ya se observan indicios de que, al menos, en algunos grupos sociales pobres, la TGF ya se ha situado bien por debajo del nivel de reemplazo (Pallikadavath y Wilson, 2000). Además, el carácter de la sociedad del sur de la India es tal que se puede prever que en 20 años aproximadamente, un número considerable de mujeres de las zonas urbanas siga los pasos de sus congéneres de Corea del Sur, Tailandia y Malasia, donde las mujeres jóvenes están “manteniéndose al margen del matrimonio en grandes números” (Jones, 1997, pág. 74).

Por último, es preciso decir unas breves palabras sobre los estados esenciales del norte, porque, aunque a una distancia considerable en el tiempo, se puede prever que allí también tengan lugar los mismos procesos fundamentales. Una posible prueba de ello, es que incluso en los estados del norte, la NFHD ha encontrado indicios de que la preferencia anormalmente alta por los hijos varones que se observa, por ejemplo, en Gujarat y Punjab, está empezando a ceder (Lahiri y Dutta, 2002). Parece probable que, con el tiempo, el descenso de la fecundidad en el norte traiga consigo actitudes más equilibradas respecto a la conveniencia de tener hijas, tal vez en parte porque, a la larga, representarán una fuente más fiable de apoyo y seguridad que los hijos. Y una preferencia menos marcada por los hijos varones tenderá a facilitar la reducción de la fecundidad. Las poblaciones de Gujarat, Punjab y Haryana deberían tener fecundidad de reemplazo dentro de los próximos 10 años. Pero, en general, esto tardará al menos 20 años en los estados elementales del norte.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Prever el futuro es, efectivamente, arriesgado. Siempre existe el peligro de dejarse llevar por la corriente. El argumento principal del presente documento ha sido que una consideración de las tendencias futuras de la fecundidad en la India se deberían hacer, realmente, a *escala estatal*. Y he demostrado que, en igualdad de circunstancias, la formulación de hipótesis de fecundidad a escala estatal para las proyecciones de población conduce a un ritmo de descenso de la fecundidad considerablemente *más lento* que las que se hacen para toda la India. La fecundidad global está disminuyendo prácticamente en todos los estados de la India. Es poco probable que la TGF se quede estancada en ningún estado, durante un período prolongado, a un nivel bastante por encima del de reemplazo. Los descensos de la fecundidad que se están produciendo son, en última instancia, una respuesta al descenso masivo y sostenido de la mortalidad. Y si bien es concebible que en algunos estados, determinadas intervenciones, como pudiera ser la enérgica promoción de la esterilización,

podrían acelerar los acontecimientos, en general es más probable que los descensos de la fecundidad actualmente en curso tengan su propio impulso. Dicho esto, la India parece estar preparada para disfrutar de un progreso económico y social continuo, y este progreso no debería perjudicar al futuro descenso de la fecundidad. Mi pronóstico es que la TGF en el vasto estado de Uttar Pradesh caerá de manera apreciablemente *más rápida* de lo que se prevé en otras proyecciones de población. Por consiguiente, mis hipótesis de fecundidad a escala estatal producen una trayectoria de la TGF para toda la India que, en el período de 2016 a 2021, es similar a la que supone la variante media de la proyección de las Naciones Unidas. No obstante, a partir de entonces, preveo un déficit de fecundidad para toda la India, a diferencia de la proyección de las Naciones Unidas, que supone que la TGF se mantendrá en 2,1. Por tanto, aunque las últimas investigaciones sugieren que ningún estado de la India —ni siquiera Kerala o Tamil Nadu— ha tenido todavía una fecundidad considerablemente inferior a la de reemplazo, *sí* preveo que esto suceda en algunos estados bastante pronto. En este aspecto, es de suma importancia considerar la dimensión *regional*. En general, la fecundidad cayó antes y es considerablemente más baja en el sur del país. Además, es en los estados del sur donde se observa con más claridad la evolución a una situación en que las mujeres, independientemente de su ingreso familiar o su grado de instrucción, *se casan jóvenes, tienen 2 hijos y entonces son esterilizadas*. La sociedad del sur de la India parece haber concedido siempre a las mujeres algo más de autonomía en su vida. Y el sur de la India, que a menudo casi parece un país distinto del norte, tiende a ser más adelantado y progresista desde el punto de vista socioeconómico.

Si, como he sostenido aquí, el déficit de fecundidad se produce porque, con el descenso de la fecundidad, una proporción cada vez mayor de mujeres jóvenes empieza a adoptar estilos de vida en los que el matrimonio y los hijos son menos importantes, estilos de vida que, a veces, son independientes de los hombres, las circunstancias son bastante favorables para que esta situación se extienda a gran parte del sur de la India. En realidad, ya se está extendiendo. Dicho esto, dudo bastante que, en el próximo decenio, más o menos, el promedio de las tasas globales de fecundidad bajen hasta 1,6 en los principales estados del sur, aunque en algunos, *sí* es posible. Sin embargo, los estados esenciales del norte son asunto aparte. Repito que estos estados pueden tardar 20 años en tener tasas globales de fecundidad cercanas al reemplazo. Y en estos estados, el matrimonio es un elemento tan esencial de la estructura social popular, que será necesario que transcurra aún más tiempo antes que una proporción apreciable de mujeres pueda reducir su compromiso vitalicio a la esfera doméstica y contemplar la posibilidad de vivir una vida menos centrada en los hijos y el matrimonio. Por tanto, en estados esenciales del norte como Bihar y Uttar Pradesh, la fecundidad deficitaria sostenida probablemente está todavía a varios decenios de distancia. Incluso entonces, la fecundidad global puede muy bien mantenerse más alta en el norte que en el sur. No obstante, en general, la India está encaminada a un futuro de fecundidad deficitaria, probablemente de algo menos de 2,1, y el efecto de desarrollo tardío significará que llegará a ese nivel de manera comparativamente rápida.

BIBLIOGRAFÍA

- Cavanaugh, J.A. (1979). Is fertility declining in the less developed countries? An evaluation analysis of data sources and population programme assistance. *Population Studies* (Londres), vol. 33, No. 2, págs. 283 a 293.
- Das Gupta, M., y P.N. Mari Bhat (1998). Intensified gender bias in India: a consequence of fertility decline. En *Gender, Population and Development*, K. Krishnaraj, R. Sudarshan y A. Shariff, comps. Nueva Delhi: Oxford University Press.
- Davis, K., y P. van den Oever (1982). The demographic basis of new sex roles. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 8, No. 3, págs. 495 a 511.
- Demeny, P. (1997). Replacement-level fertility: the implausible endpoint of the demographic transition. En *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell y R.M. D'Souza, comps. Oxford: Clarendon Press.

- Dyson, T. (2001a). A partial theory of world development: the neglected role of the demographic transition in the shaping of modern society. *International Journal of Population Geography* (Chichester), vol. 7, No. 2, págs. 67 a 90.
- Dyson, T. (2001b). Birth rate trends in India, Sri Lanka, Bangladesh and Pakistan: a long comparative view. En *Fertility Transition in South Asia*, Z.A. Sathar y J.F. Phillips, comps. Oxford y Nueva York: Oxford University Press.
- Dyson, T. (2001c). The preliminary demography of the 2001 census of India. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 27, No. 2, págs. 341 a 356.
- Dyson, T. (2002). India's Population—The Future. Documento presentado en el Seminar on the Future of India's Population, Development and Environment (seminario sobre el futuro de la población, el desarrollo y el medio ambiente de la India), celebrado en el India International Centre, Nueva Delhi, 14 a 15 de enero.
- Dyson, T., y M. Moore (1983). Kinship structure, female autonomy and demographic behaviour in India. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 9, No. 1, págs. 35 a 60.
- Dyson, T., y A. Hanchate (2000). India's demographic and food prospects: a state-level analysis. *Economic and Political Weekly* (Mumbai), vol. 35, No. 36, págs. 4021 a 4036.
- Dyson, T., y P. Visaria (2002). Migration and urbanisation: Retrospect and prospects. Documento presentado en el Seminar on the Future of India's Population, Development and Environment (seminario sobre el futuro de la población, el desarrollo y el medio ambiente de la India), celebrado en el India International Centre. Nueva Delhi, 14 a 15 de enero.
- Eberstadt, N. (1981). Recent declines in fertility in less developed countries and what population planners may learn from them. En *Fertility Decline in the Less Developed Countries*. N. Eberstadt, comp. Nueva York: Praeger.
- Guilmoto, C.Z., y S.I. Rajan (2001). Geographic patterns in fertility changes. En *Population-Development Nexus in India*, K. Srinivasan y M. Vlassoff, comps. Nueva Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS) y ORC Macro (2000). *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999: India*. Mumbai: IIPS.
- Jones, G.W. (1997). The demise of universal marriage in east and south-east Asia. En *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell y R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Karve, I. (1953). *Kinship Organisation in India*. Deccan College Monograph Series No. 11. Madrás: G.S. Press.
- Lahiri, S., y P. Dutta (2002). Sex preference and child mortality in some selected Indian states: An analysis based on NFHS data during 1992-1993 and 1998-1999. Documento presentado en el simposio sobre relaciones entre hombres y mujeres en la India, celebrado en el Instituto Internacional de Ciencias de la Población. Mumbai, del 10 al 11 de enero.
- Lieberson, S.; S. Dumais y S. Baumann (2000). The instability of androgynous names: the symbolic maintenance of gender boundaries. *American Journal of Sociology*, vol. 105, págs. 1249 a 1287.
- Macunovich, D.J. (2000). Relative cohort size: source of a unifying theory of global fertility transition? *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 26, No. 2, págs. 235 a 261.
- Mari Bhat, P.N. (1998). Demographic estimates for post-independence India: a new integration. *Demography India* (Delhi), vol. 27, No. 1, págs. 23 a 57.
- McNay, K.; P. Arokiasamy y R. Cassen (2000). Fertility and use of contraception among uneducated women in India. Departamento de Política Social. London School of Economics. Inédito.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Natarajan, K.S., y V. Jayachandran (2001). Population growth in 21st century India. En *Population-Development Nexus in India*, K. Srinivasan y M. Vlassoff, comps. Nueva Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Nortman, D.L. (1978). India's new birth rate target: an analysis. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 4, No. 2, págs. 277 a 312.

- Pallikavadath, S., y C. Wilson (2000). The determinants of very low fertility in a low-status group in a developing country: the scheduled castes of Kerala, India. Departamento de Demografía, Universidad Nacional Australiana. Inédito.
- Secretario General del Registro Civil, India (1997). *Population Projections for India and States 1996-2016*. Nueva Delhi: Gobierno de la India.
- Secretario General del Registro Civil, India (1999). *Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS)*. Nueva Delhi: Gobierno de la India.
- Secretario General del Registro Civil, India (2000). *Sample Registration System Statistical Report 1998*. Nueva Delhi: Gobierno de la India.
- Secretario General del Registro Civil, India (2001). *Provisional Population Totals, Paper 1 of 2001, Supplement, District Totals*. Nueva Delhi: Gobierno de la India.
- Retherford, R. D., y V. Mishra (2001a). *An Evaluation of Recent Fertility Trends in India*, National Family Health Survey Subject Report 19. Mumbai: Instituto Internacional de Ciencias de la Población.
- Retherford, R.D y V. Mishra (2001b). *How Much Has Fertility Declined in Uttar Pradesh?* National Family Health Survey Subject Report 17. Mumbai: Instituto Internacional de Ciencias de la Población.
- Rishyasringa, B. (2000). Social policy and reproductive health. En *Women's Reproductive Health in India*. R. Ramasubban y S. J. Jejeebhoy, comps. Jaipur y Nueva Delhi: Rawat Publications.
- Seckler, D., y U. Amarasinghe (2001). Major Problems in the Global Water-Food Nexus. Colombo: International Water Management Institute. Inédito.
- Seckler D., y M. Rock (1997). United Nations "low" projection of population growth most accurate. *2020 Vision News and Views* (octubre de 1997), <http://www.ifpri.org>. Consultado el 9 de diciembre de 2001.

RECONOCIMIENTOS

La investigación para la preparación del presente documento se llevó a cabo gracias a una donación del Wellcome Trust (donación No. 053660). Las citas que aparecen en el encabezamiento se han copiado, respectivamente, del Secretario General del Registro Civil de la India (1997, pág. i) y de Seckler y Amarasinghe (2001, pág. 1).

Atrapada en el tránsito: cuestiones sobre el futuro de la fecundidad en Indonesia

Terence H. Hull*

RESUMEN

Treinta años después del establecimiento de un programa de planificación de la familia patrocinado por el gobierno en Indonesia, los intentos de pronosticar el curso futuro de la transición de la fecundidad siguen frustrados por la complejidad y opacidad de los análisis demográficos. La crisis económica, los trastornos políticos y el colapso social han dado al traste con el cuadro optimista que se había pintado hace tan sólo 10 años. La falta de datos demográficos fiables se ha agravado a causa de los importantes recortes presupuestarios del censo nacional de 2000 y los planes radicales de descentralización que se pusieron en práctica en 2001. Abundan las especulaciones sobre el aumento de la pobreza, el deterioro de las instituciones sociales y la incertidumbre política, y los comentaristas ven posibles cambios de sentido demográficos en su pronóstico de esta nación, la cuarta por volumen de población y la primera por población musulmana del mundo. Contra este fondo contradictorio, los demógrafos sólo pueden esgrimir dos argumentos básicos. Primero, un examen detallado de los datos disponibles indica una posible desaceleración, pero no inversión, de las tendencias. Concretamente, los determinantes “próximos” del uso de anticonceptivos y la postergación del matrimonio han sido robustos en medio del espectacular descalabro económico. Segundo, las nuevas cohortes de mujeres en edad de procrear continúan mostrando grados más altos de instrucción, una creciente participación en los sectores estructurado y no estructurado de la fuerza laboral y una firme resolución de controlar su fecundidad a niveles comparativamente bajos. Al contemplar el futuro al horizonte del año 2025, conviene recordar que Indonesia ha sobrepasado cumplidamente el punto medio de la transición de la fecundidad alta a la baja y todo indica que continuará la tendencia a la reducción del tamaño de la familia.

* Programa de Demografía y Sociología, Escuela de Investigación en Ciencias Sociales, Universidad Nacional Australiana.

LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA INDONESIA EN UN ORDEN POLÍTICO EN EVOLUCIÓN

Hace 20 años se presentaba a Indonesia como un caso donde el rápido descenso de la fecundidad había precedido a una importante mejora económica y, así, se podía atribuir justificadamente a la acción del programa oficial de planificación de la familia (Sinquefield y Sungkono, 1979; Freedman y otros, 1981). Aunque muchos demógrafos interpretaron el papel del programa del Estado (conocido por la sigla indonesia de BKKKBN) como de catalizador, en lugar de principal mecanismo responsable del cambio de fecundidad, la interpretación política y popular de la situación se simplificó en la idea de que el Estado había conseguido un cambio asombroso gracias a su gestión de logística, planificación y política. Esta idea, bastante ingenua, fue acogida con entusiasmo por los financiadores del programa: el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Internacional, e Indonesia fue celebrada como el modelo para otros países en desarrollo, con una profusión de premios y distinciones al BKKBN y al presidente Suharto.

Incluso cuando Indonesia estaba siendo festejada como modelo para los países pobres, ya era evidente que mucho más estaba cambiando que la simple propagación de la anticoncepción y el descenso de la fecundidad. Para 1980, el rápido ritmo del progreso económico general de la nación era más evidente y los cambios sociales inherentes a ese progreso eran más espectaculares. Sin embargo, muchas evaluaciones continuaban tratando el programa en aislamiento, como un nódulo institucional focalizado. Esto quedó ilustrado por la estructura de análisis de Mauldin y Lapham (1985) comentada por Entwisle (1989) y Hernández (1984 y 1989) (véase también Mauldin y Ross, 1991). Si los observadores adoptaban una perspectiva más general, el programa de planificación de la familia se consideraba un medio instrumental de lograr una amplia gama de cambios económicos y sociales mediante su insistencia en proyectos de generación de ingreso, mejoras del bienestar de la familia o “grupos aceptantes”, como los describieron Warwick (1986, pág. 458), Giridhar, Sattar y Kang (1989) y Suyono y Shutt (1989). Sólo en raras ocasiones se analizó el programa en el contexto de los cambios políticos e ideológicos más profundos por los que atravesaba Indonesia (por ejemplo, Hull, 1987; Hugo y otros, 1987; Hull, 1994; Hull y Hull, 1997). Esto es extraño, ya que el entorno político y, sobre todo, los fundamentos ideológicos de los cambios políticos, eran esenciales en la determinación del establecimiento, ejecución y resultados de programas del Estado, en particular los de planificación de la familia, salud, educación y desarrollo social. Incluso los elementos del programa a los que se atribuía el mérito de haber llevado la anticoncepción y la educación en materia de población a las aldeas, como el establecimiento de servicios de distribución en la comunidad, eran, a fin de cuentas, el resultado de cambios en la estructura y función de la aldea que se remontaban al período colonial y habían evolucionado con celeridad en virtud del Nuevo Orden (Warren, 1986; MacAndrews, 1986). El gobierno central consiguió establecer líneas firmes de control que llegaban, a través de varios estratos de administración política, a un cuadro de funcionarios de la aldea que debían sus medios de vida y su lealtad al Ministro del Interior. El programa de planificación de la familia representaba un desarrollo en el margen (aunque un margen importante) de nuevas formaciones de gestión de la cosa pública y socialización en una sociedad que se debatía con distintas opciones para forjar una identidad nacional sobre una base heterogénea.

El cambio social que atravesó el país entre 1965 y 1990 —cuando las tasas de fecundidad se redujeron esencialmente a la mitad—, fue progresivo y constituyó un proceso de transformación a través de una serie de movimientos marginales que se reforzaban mutuamente. El motor del cambio fue, no tanto la institución oficial del programa de planificación de la familia, sino el auge del petróleo de los años 70 que impulsó el desarrollo, los controles políticos que compraron estabilidad y autoridad, y las reformas burocráticas y las innovaciones en las comunicaciones, que hicieron a las regiones responder a la dirección central. Sin esos cambios más elementales, el BKKBN no habría contado con una base sobre la que aplicar las medidas destinadas a alcanzar las metas logísticas y de información formuladas para promover el uso de anticonceptivos.

En Indonesia, los cambios políticos y administrativos esenciales se podían atribuir al carácter del régimen del Nuevo Orden que siguió al golpe. El cambio del viejo al Nuevo Orden en 1965-1967 entrañaba una reorganización del poder político tal que los principales obstáculos a la planificación de la familia (el Islam político y la planificación económica nacionalista) fueron reemplazados por fuerzas que apoyaban el control de natalidad (autoritarismo secular y planificación teocrática modernizadora). En el nuevo programa figuraba el tan celebrado “fortalecimiento de las instituciones”, con cuantiosas inversiones para mejorar los departamentos del gobierno central, reforzar el control de los gobiernos regionales y locales, y encaminar a todas las organizaciones sociales hacia una meta de desarrollo bajo la enseña ideológica común de *Panca Sila*. Estos “cinco pilares” de ideología nacional se establecieron en 1945, en el albor de la independencia indonesia, para dar una base a un estado secular. Los pilares se han traducido de varias formas,

pero se pueden resumir como creencia en Dios, unidad nacional, humanitarismo, justicia social y gobierno por consenso (véanse los documentos en van Ufford, 1987). Cuando se formuló esta ideología, y cada vez con más frecuencia desde entonces, muchos dirigentes de corrientes políticas musulmanas conservadoras han insistido en la modificación o renuncia de los *Panca Sila* a cambio de una ideología religiosa favorable a un estado islámico. El programa de planificación de la familia ha surgido como un producto de un estado secular, aun cuando sus normas se han formulado teniendo en cuenta los valores y enseñanzas islámicas (Fathuddin y otros, 1993).

El llamamiento a favor de un estado islámico se basa en el argumento de que la gran mayoría de la población es musulmana, y a menudo se citan cifras de adeptos que llegan al 95%, frente al 87% que da el censo o la idea más pragmática de que una proporción considerable de los clasificados como adeptos al Islam son “musulmanes estadísticos”, que llevan a cabo prácticas espirituales animistas o de otro tipo. La resistencia a estas políticas religiosas prevaleció bajo de dictadura de Sukarno en 1945, se mantuvo con Suharto hasta 1998, y desde entonces ha encontrado apoyo entre los dirigentes de orientación religiosa Habibie y Wahid. Los dos últimos sucesores de Suharto se negaron a aceptar un estado islámico porque sus ideales de nación correspondían a una potencia tecnocrática o una democracia humanística, respectivamente. Su sucesora, Megawati Sukarnoputri, la hija de Sukarno, ha mantenido su compromiso a un gobierno secular frente a las crecientes presiones de numerosos legisladores nacionales y dirigentes locales, que quieren una carta constitucional para establecer un estado religioso, con un cuerpo de leyes y procedimientos legales para los musulmanes y el respeto de los derechos políticos de otras religiones. Muchos secularistas temían que los cambios de la ideología estatal provocaran fracturas que condujeran a la desintegración de la sociedad y pusieran concretamente el programa de planificación de la familia en la línea de fuego en cuestiones relativas a la moral, la familia y, en particular, la salud reproductiva de los adolescentes.

A lo largo de todo el período, los cambios sociales pertinentes al matrimonio y las relaciones familiares siguieron la estela de la “globalización”, que fue el sello del movimiento en pro del desarrollo y el consumerismo en la sociedad. Al entrar Indonesia en el decenio de 1990, el programa de planificación de la familia se transformó una vez más, en respuesta a las nuevas ideologías y estructuras políticas. Los intentos de liberalizar y privatizar las empresas estatales y el sector financiero se reflejaron en el programa “KB Mandiri” (Autosuficiencia en la planificación de la familia), cuya finalidad era privatizar los servicios anticonceptivos y una variedad de proyectos para reducir el gasto público en atención de la salud, a favor de su gestión por el sector privado. La emergencia de las fuerzas “privadas” y seculares impugnó el carácter exclusionario de autoritarismo del período inicial del Nuevo Orden y, después de 1989, se unió al clamor por más “apertura” en el gobierno, un papel más destacado del parlamento y creciente pluralidad del poder (MacIntyre, 1989, págs. 232 a 233). La demanda de más participación en el gobierno y sensibilidad de la burocracia dio lugar a las investigaciones en la prensa y entre profesionales. También condujo a las acusaciones públicas de presiones indebidas para asegurar el cumplimiento de los objetivos de planificación de la familia (Hull, 1991). Por tanto, a nadie le sorprendió ver al BKKBN pronunciarse a favor de la “Calidad de la Atención”, al definir un planteamiento más integral de la salud reproductiva en los años anterior y siguiente a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. Tampoco sorprendieron las quejas de los donantes y de las organizaciones no gubernamentales de que las iniciativas de Calidad de la Atención parecían ser más operaciones cosméticas que compromisos reales. Los hábitos de autoritarismo no se podían superar con lemas, y no fue sino en 1997-1999 cuando se pudo movilizar a las fuerzas políticas para hacer frente y, finalmente derrocar, al Nuevo Orden y dar paso al programa de reforma. Sin embargo, la caída de Suharto, el interregno de Habibie y la elección de Wahid parecían, en 2000, haber llevado a Indonesia a una situación inestable e imprevisible. Desde entonces, la caída de Wahid y la emergencia de Sukarnoputri como presidenta, han demostrado la persistencia de conflictos debilitantes dentro de la clase

selecta nacional. En estas circunstancias es difícil para el país concentrarse en cuestiones tales como las necesidades de salud reproductiva de las mujeres y los problemas de medir la fecundidad, el uso de anticonceptivos o la mortalidad. Así pues, para mirar al futuro tenemos que considerar las descripciones del pasado y extrapolar las probables tendencias de comportamiento en las motivaciones individuales así como las estructuras y funciones institucionales.

RESULTADOS MEDIDOS DE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y DESCENSO DE LA FECUNDIDAD

Por muy inestable que haya parecido la nave del Estado el año en que el Presidente Wahid llegó al poder, la situación demográfica de Indonesia no suscitó ninguno de los temores y preocupaciones que habían agobiado a los tecnócratas 30 años antes. Por el contrario, las noticias sobre la planificación de la familia y la fecundidad eran bastante favorables, al menos en lo que se refiere a la dirección de las tendencias. La nueva jerarquía heredó los datos de planificación de la familia que se muestran en el cuadro 1. El control de la natalidad en Indonesia había pasado a ser el comportamiento de la mayoría, lo que reflejaba en gran medida el uso de una gran variedad de métodos femeninos de anticoncepción. La falta de igualdad de género en estas cifras se pone de relieve por el constante descenso del uso declarado de métodos masculinos de preservativos, vasectomía y retirada, de un total combinado del 3,1% de las parejas en 1987 al 1,9% 10 años más tarde. Si se hubiera hecho más hincapié en el uso de los métodos masculinos en este período de tiempo, es posible que Indonesia hubiese alcanzado tasas de uso de anticonceptivos de más del 60%. En cambio, la burocracia vaciló. Los dirigentes de la comunidad y del programa de planificación de la familia se mostraron extremadamente cautos respecto a la promoción de métodos masculinos. Pusieron cada vez más en duda la eficacia de los preservativos y la aceptabilidad de la vasectomía, y decidieron hacer caso omiso de las pruebas evidentes del interés de los ciudadanos indonesios ordinarios, hombres y mujeres, en probar los métodos masculinos. Parecía ser una cuestión de asustar a los caballos; una vez unos cuantos dirigentes expresaron temor por la moralidad o la eficacia de los métodos masculinos, la manada empezó a correr con la idea injustificada de temores primordiales masculinos de castración y perforaciones minúsculas del caucho vulcanizado. En consecuencia, Indonesia, en una época del VIH, presenció el descenso continuo del uso del preservativo

Cuadro 1
Uso declarado de métodos de control de la natalidad en Indonesia
(porcentajes de mujeres casadas actualmente, de 15 a 49 años)

Métodos	1976	1987	1991	1994	1997
Métodos del programa oficial	17,2	40,7	43,7	48,4	51,3
DIU	4,1	13,2	13,3	10,3	8,1
Píldora anticonceptiva	11,6	16,1	14,8	17,1	15,4
Inyección	—	9,4	11,7	15,2	21,1
Implante	—	0,4	3,1	4,9	6,0
Preservativo	1,5	1,6	0,8	0,9	0,7
Métodos promovidos por el programa, pero no oficiales	0,1	3,3	3,3	3,8	3,4
Esterilización femenina	0,1	3,1	2,7	3,1	3,0
Esterilización masculina	0,0	0,2	0,6	0,7	0,4
Métodos tradicionales y populares	1,0	6,0	2,7	2,7	2,7
Ritmo	0,8	1,2	1,1	1,1	1,1
Retirada	0,1	1,3	0,7	0,8	0,8
Métodos tradicionales (hierbas o masajes) y de otra índole	0,1	3,5	0,9	0,8	0,8
Uso declarado de cualquier método	18,3	49,8	49,7	54,7	57,4
Ningún método	81,7	52,3	50,3	45,3	42,6

Fuente: 1976 SUPAS. Encuesta sobre uso de anticonceptivos 1987. Encuestas demográficas y de salud de Indonesia de 1991, 1994 y 1997, tabuladas y publicadas por la Junta Central de Estadística.

Nota: Una raya indica que no se dispone de datos en las encuestas consultadas para preparar este cuadro.

como medio de planificación de la familia y la incapacidad de la relativamente barata esterilización masculina de alcanzar siquiera un número equivalente a un tercio de las esterilizaciones femeninas. Las mujeres indonesias eran menos propensas al pánico que los hombres, o al menos toleraban mejor los efectos secundarios y las molestias que sufrían en su empeño por controlar su fecundidad. En un entorno relativamente carente de apoyo, perseveraron con el control de natalidad, cambiando de método con bastante regularidad.

Con el tiempo, las normas de uso de anticonceptivos tendieron a mostrar una amplia mezcla de métodos, entre los que la mayoría de los usuarios elegía una u otra formulación de métodos hormonales, pero una minoría considerable se mantenía fiel al dispositivo intrauterino o experimentaba con métodos tradicionales como el ritmo o preparaciones a base de hierbas. Mientras que en 1970 se reunía a las mujeres en masa para darles conferencias sobre la necesidad del control de la natalidad, para 1997 prácticamente todas las mujeres indonesias sabían cómo obtener y usar una serie de métodos anticonceptivos y estaban actuando en consecuencia. Las mujeres jóvenes en particular veían en los métodos un medio de aplazar y espaciar los embarazos que les permitía participar en la fuerza laboral estructurada. Las parejas entrevistadas por los investigadores de la encuesta ya no se referían al proverbio javanés “cada hijo trae su propia fortuna”, sino que explicaban con todo detalle la fortuna que hacía falta para educar bien a un hijo en un mundo en rápida evolución, con tentaciones para el consumidor y costosas exigencias de estudios.

Al mismo tiempo que la creciente tendencia de uso de anticonceptivos parecía indicar un profundo cambio en la vida reproductiva de las mujeres indonesias, muchos formuladores de política temían que cualquier titubeo en la presión ejercida por el programa de planificación de la familia pudiera provocar una inversión de esas tendencias. Esencialmente, entre la clase selecta existía la creencia de que las mujeres de Indonesia necesitaban una orientación continua para controlar su fecundidad. Al mismo tiempo, otros observadores temían que el sistema logístico de suministro de anticonceptivos en todo el país era frágil y cualquier merma en el presupuesto del Estado podría producir el colapso de los servicios. La crisis económica de 1997 produjo exactamente las condiciones temidas por esas interpretaciones —el deterioro de la economía afectó al presupuesto de la planificación de la familia, y el cambio político trajo consigo un clamor por el fin del régimen autoritario. Los nuevos encargados de los programas de planificación de la familia se dispusieron a formular nuevas estrategias destinadas a atender a las necesidades de una declaración de misión revisada para promover el voluntariado y la calidad de la atención. En el cuadro 2 se presentan los resultados de la encuesta anual realizada por la Junta Central de Estadística, en la que utilizaron una serie estándar de preguntas para estimar el uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad de procrear y mostrar la elección del método por los usuarios de anticonceptivos. Aunque se basan en un tipo distinto de información

Cuadro 2
Uso declarado de anticonceptivos por las mujeres casadas de 15 a 49 años,
por porcentaje y método usado, 1993-2000

Año	Porcentaje de uso (% de todas las mujeres)	Píldora	Inyección	DIU	Implante	Esterilización	Preservativo	Otros
1993	53,1	27,5	32,3	23,7	2,5	8,2	2,2	3,7
1994	54,2	28,4	33,1	23,6	2,5	7,2	1,8	3,4
1995	54,2	29,1	35,0	21,0	2,6	7,7	1,5	3,1
1996	54,2	27,0	37,5	19,8	4,0	7,2	1,6	2,9
1997	55,3	28,1	40,0	17,8	4,6	6,2	1,3	2,0
1998	55,4	27,2	41,2	17,4	4,7	6,0	1,3	2,3
1999	55,4	29,0	39,9	17,2	4,0	7,0	1,0	1,9
2000	54,8	26,9	42,5	16,4	4,4	7,3	0,7	1,8

Fuente: BPS (varios años), Statistik Kesejahteraan Rakyat (Estadísticas del bienestar de la población), resultados del Informe de la encuesta nacional económica y social anual (SUSENAS). Jakarta: Junta Central de Estadística.

que la presentada en el cuadro 1, los resultados son comparables. También muestran que, prácticamente, no se produjo un descenso del uso de anticonceptivos y que se registró escaso cambio en la norma de elección de método. Existen muchas razones de la firme respuesta del programa de planificación de la familia a los cambios radicales que sacudieron al país. Tal vez lo más importante es que la planificación de la familia ha llegado a ser una práctica universalmente aceptada por todos los grupos políticos, religiosos y sociales. Además, la Junta Nacional Coordinadora de la Planificación de la Familia (BKKBN) está generalmente considerada como uno de los más sólidos departamentos gubernamentales en lo que se refiere a planificación, administración y formulación de política basada en pruebas. Cuando estalló la crisis, el personal de la BKKBN estaba preparado para señalar sectores de necesidad y podía justificar inmediatamente el apoyo para la intervención. Los donantes se movilizaron inmediatamente en respuesta a las solicitudes de ayuda en la provisión de suministros. El resultado fue que de 1998 a 2000, inclusive, no se produjeron crisis en los servicios de anticoncepción.

El continuo aumento del uso de anticonceptivos a lo largo de tres decenios estuvo relacionado con cambios importantes en la vida de las mujeres indonesias. En el cuadro 3 se presentan algunos indicadores brutos de cambios en escolaridad, trabajo y formación de la familia, los tres elementos de cambio en el papel y lugar de la mujer en la sociedad. Aunque no indican necesariamente una revolución en la situación de la mujer, estos resultados censales revelan algunos cambios continuos y significativos que vienen a confirmar las impresiones de rápido cambio producidas por las observaciones en ciudades y aldeas de todo el archipiélago. Al concentrarnos en los años de las decisiones cruciales de la adolescencia y los años de la madurez temprana, podemos ver que en dos decenios se ha registrado un marcado aumento de la escolarización y un cambio en la índole de la participación en la fuerza laboral estructurada. Mientras cerca de la mitad de las niñas de 10 a 14 años podía asistir a la escuela en 1970, cuatro de cada cinco estaban estudiando en 1990. Al mismo tiempo, este grupo de edad mostró un descenso en la participación en la fuerza laboral estructurada, tendencia que coincide con las observaciones realizadas en estudios de la comunidad, que indican que las jóvenes adolescentes tendían mucho

Cuadro 3
Cambios en los porcentajes actualmente en la escuela o en el trabajo
e índices de estado civil de las mujeres indonesias, 1964-1990

	1971	1980	1990
Escolaridad y trabajo estructurado			
Porcentaje actualmente escolarizado entre:			
10 a 14 años	57,5	77,6	82,5
15 a 19 años	17,0	26,0	37,3
20 a 24 años	3,0	3,9	7,2
Porcentaje que trabaja actualmente en el sector estructurado entre:			
10 a 14 años	10,8	9,0	8,1
15 a 19 años	26,6	29,8	30,3
20 a 24 años	29,1	32,7	39,3
Índices de estado civil			
Porcentaje que no se ha casado nunca entre:			
10 a 14 años	97,7	99,2	99,6
15 a 19 años	62,6	70,0	76,5
20 a 24 años	18,5	22,3	25,3
Porcentaje de casadas entre:			
10 a 14 años	1,8	,7	,4
15 a 19 años	32,2	27,3	22,0
20 a 24 años	73,2	72,2	70,5
Edad media de la población soltera al casarse	19,3	20,0	20,5

Fuente: Calculado a partir de informes del Censo publicados por la Oficina Central de Estadística.

menos a participar en cualquier forma de trabajo en el hogar o no estructurado que las de generaciones anteriores, en parte porque estaban matriculadas en la escuela. Otros factores importantes que han contribuido al cambio del papel de las niñas de 10 a 14 años era la baja fecundidad de la generación de sus madres en los decenios de 1970 y 1980, lo que quiere decir que había menos hermanos pequeños que requerían la atención de las niñas pubescentes. Al ser más infrecuente la alta paridez, los niños de madres de baja paridez disfrutaron de más tiempo libre, una parte más sustancial de los recursos familiares y estímulo para estudiar.

La situación de las adolescentes que se acercaban a la madurez era algo distinta. Si bien era más probable que continuaran en la escuela, la proporción de jóvenes de 15 a 19 años que estaban matriculadas sólo había llegado a una tercera parte de la cohorte en 1990, en comparación con una quinta parte en 1971, mientras que otro tercio participaba activamente en la fuerza laboral estructurada. Cerca de una de cada cinco del grupo de edad estaba casada en 1990. Este grupo parecía equilibrado en una serie de cambios incompletos. Aunque podía haber aspiraciones de continuar los estudios, existían obstáculos de disponibilidad de plazas o de coste de la matrícula. El empleo podía ser atractivo, pero para tener un buen trabajo en el sector estructurado hacía falta capacitación y un compromiso que las adolescentes pudieran no tener. A las adolescentes que se acercaban a la madurez se las definía cada vez más como todavía no adultas (condición que se adquiría con el matrimonio) y ya no niñas, pero esto significaba una vida de trabajo no estructurado y confusión en cuanto a opciones para el futuro. Ciertamente, el matrimonio ocupaba un lugar preeminente en el cuadro, pero la búsqueda de pareja se hacía más problemática al tratar los jóvenes cada vez más de contraer matrimonios por amor, mientras que los padres seguían apoyando en la adopción de decisiones y buscando una pareja idónea para sus hijos.

Los adultos jóvenes veían en los cambios sociales nuevas opciones, según su clase social. Para la clase selecta y creciente clase media, la rápida expansión del sector de educación terciaria significaba una posibilidad de prolongar los estudios con fines académicos o profesionales. Muchas de las instituciones de educación terciaria estaban regentadas por el sector privado y preparaban a hombres y mujeres jóvenes para ejercer carreras en industrias administrativas o de servicio, mientras que otras formaban a maestros y trabajadores del sector de salud. Pocos estudiantes terciarios podían compaginar el matrimonio y los estudios, pero algunos podían trabajar y estudiar al mismo tiempo. La idea de tener una carrera llevó a muchas mujeres jóvenes a plantearse la cuestión de la edad a la que deseaban contraer matrimonio y el estilo de matrimonio que deseaban. El matrimonio ya no significaba necesariamente la maternidad precoz, porque el matrimonio podía aplazarse hasta después de terminar los estudios terciarios, pero también porque el comienzo de una carrera competía con la maternidad. Al igual que las mujeres del mundo desarrollado, las jóvenes indonesias se debatían entre las expectativas de su familia y sus ambiciones de desarrollo personal. En las grandes ciudades un creciente número de mujeres resolvió las tensiones, sencillamente, con la decisión de permanecer solteras y dedicarse a su carrera. Sin embargo, para la mayor parte de las mujeres, el matrimonio era la expectativa firme y trataban de alcanzar sus objetivos de carrera y de maternidad con ayuda de la familia, los sirvientes y las condiciones de licencia en los primeros y difíciles años de la maternidad.

El efecto de estos cambios en la fecundidad se puede ver en las tasas de fecundidad por edad que se presentan en el cuadro 4. Una serie de grupos sucesivos de mujeres de 15 a 19 años ha mostrado menos propensión a casarse y a tener hijos, hasta tal punto que la fecundidad del grupo cayó casi en dos tercios. La probabilidad de que las mujeres adultas jóvenes tuvieran hijos en 1990 era la mitad de lo que había sido a finales del decenio de 1960 entre ese mismo grupo de edad. En el caso de estas mujeres, la tendencia a la maternidad aplazada en los primeros años de la vida prometía estar seguida de menos hijos más tarde. Después de los 30 años de edad, cada grupo sucesivo de mujeres en cada grupo de edad de 5 años ha mostrado descensos continuos de fecundidad, con un descenso general del 50% al 68% entre finales del decenio de 1960 y mediados del de 1990.

Cuadro 4
Tasas globales de fecundidad y por edad, Indonesia, 1964 a 1994

Período de referencia	Tasas de fecundidad por edad							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1965-1970	158	290	277	224	146	75	12	5,9
1971-1975	127	265	256	199	118	57	18	5,2
1976-1979	116	248	232	177	104	46	13	4,7
1980	90	226	213	163	105	43	14	4,3
1981-1984	95	220	206	154	89	37	10	4,1
1983-1987	75	189	174	130	75	32	10	3,4
1983-1987	78	188	172	126	75	29	10	3,4
1985	46	176	173	134	83	32	10	3,3
1985-1989	71	179	171	129	75	31	9	3,3
1988-1991	67	162	157	117	73	23	7	3,0
1991-1994	61	148	150	109	68	31	4	2,9
1995-1997	62	143	149	108	66	24	6	2,8
Descenso porcentual								
1965-1970 a 1994-1997	60,8	50,7	46,2	51,8	54,8	68,0	50,0	53,0
Estimaciones Rele de la TGF basadas en datos de SUSENAS								
1989-1993								2,7
1990-1994								2,6
1991-1995								2,6
1992-1996								2,6
1993-1997								2,4
1994-1998								2,5
1995-1999								2,3
1996-2000								2,2

Fuente: Censo de 1971. Encuesta intercensal de población de 1976 (SUPAS), Estudio sobre la frecuencia del uso de los anticonceptivos de 1987. Encuestas indonesias demográficas y de salud de 1991, 1994 y 1997, todas tabuladas y publicadas por la Junta Central de Estadística con diversos métodos de estimación. Las cifras de SUSENA (encuesta nacional económica y social) 1993 a 2000, inclusive, se han calculado a partir de cintas de datos de Hendratno Tuhiman, del Instituto Demográfico, Universidad de Indonesia, usando el método de regresión de Rele.

Una vez más, los responsables de las políticas temieron que la crisis económica de 1997 a 1999 diera lugar a un “auge de natalidad”. Estas eran las palabras que aparecían en los titulares de las primeras páginas a comienzos de 1998. Como se ha señalado anteriormente, el BKKBN estaba preparado para afrontar la crisis, y la comunidad de donantes apoyó las medidas dirigidas a mantener suficientes suministros y equipo en un momento de restricciones presupuestarias. Por tanto, el uso de anticonceptivos no estuvo sujeto a altibajos. En el panel inferior del cuadro 4 se puede ver que la tendencia de la fecundidad no se estancó, sino que parecía continuar descendiendo.

Este aserto tiene que modificarse con expresiones de incertidumbre, ya que la fuente de los datos y el método de estimación de la tasa de global de fecundidad dejan mucho que desear. La encuesta nacional económica y social (SUSENAS) es un estudio nacional por muestreo que se lleva a cabo todos los años para recopilar una gran variedad de datos y cada año cambia la estructura y el contenido del cuestionario. Debido a dificultades presupuestarias, también se han introducido algunos cambios en la forma en que se seleccionaron las muestras. Aunque estas cuestiones no deberían tener un efecto significativo en los datos sobre el número y la edad de las personas que viven en un hogar, no es imposible que lo tengan. El método de Rele de estimación de la fecundidad se vale de la relación niños-mujeres —es decir, el número de todos los niños contados en la encuesta de 0 a 5 años de edad exactamente, dividido por el número de mujeres en edad de procrear— para estimar el nivel de fecundidad de los 5 años anteriores a la encuesta. De este modo, las encuestas sucesivas anuales estarían midiendo períodos superpuestos de experiencias de fecundidad. En la serie de números de las encuestas realizadas entre 1993 y 2000, las estimaciones muestran un continuo descenso, lo que supone que la estimación puntual correspondiente a 2000 sería en realidad muy inferior al promedio quinquenal de 2,2. En

Indonesia, ningún analista cree que la fecundidad pueda haber caído tanto para entonces. Una comparación de las estimaciones que figuran en los paneles superior e inferior indica que el método de Rele subestima sistemáticamente la tasa global de fecundidad en una cifra que oscila entre 0,3 y 0,4 hijos para los mismos períodos de tiempo. Tal vez nos inspiren más confianza las estimaciones de Rele de las tendencias anuales, aun cuando desconfiemos del nivel de fecundidad que sugieren los números. Las mujeres indonesias de principios de siglo parecen así haber alcanzado una fecundidad de reemplazo. No existen muchos motivos para pensar que esta tendencia vaya a interrumpirse. Es instructivo considerar esta medida de macrofecundidad desde una microperspectiva.

Desde el punto de vista de las mujeres individuales, lo que importa no es cuántos hijos tienen, sino cuántos pueden llegar a la edad adulta. En los gráficos 1 y 2 se muestran los cambios de fecundidad en función del tamaño de la familia durante toda la vida (hijos supervivientes) de las cohortes de mujeres representadas por las mujeres que empiezan a tener hijos a los 15 años en distintos años, aproximadamente, una generación aparte, y de las cohortes hipotéticas de mujeres que se supone que siguen las experiencias de fecundidad y mortalidad de sección transversal que prevalecieron en distintos años de 1950 a 2010.

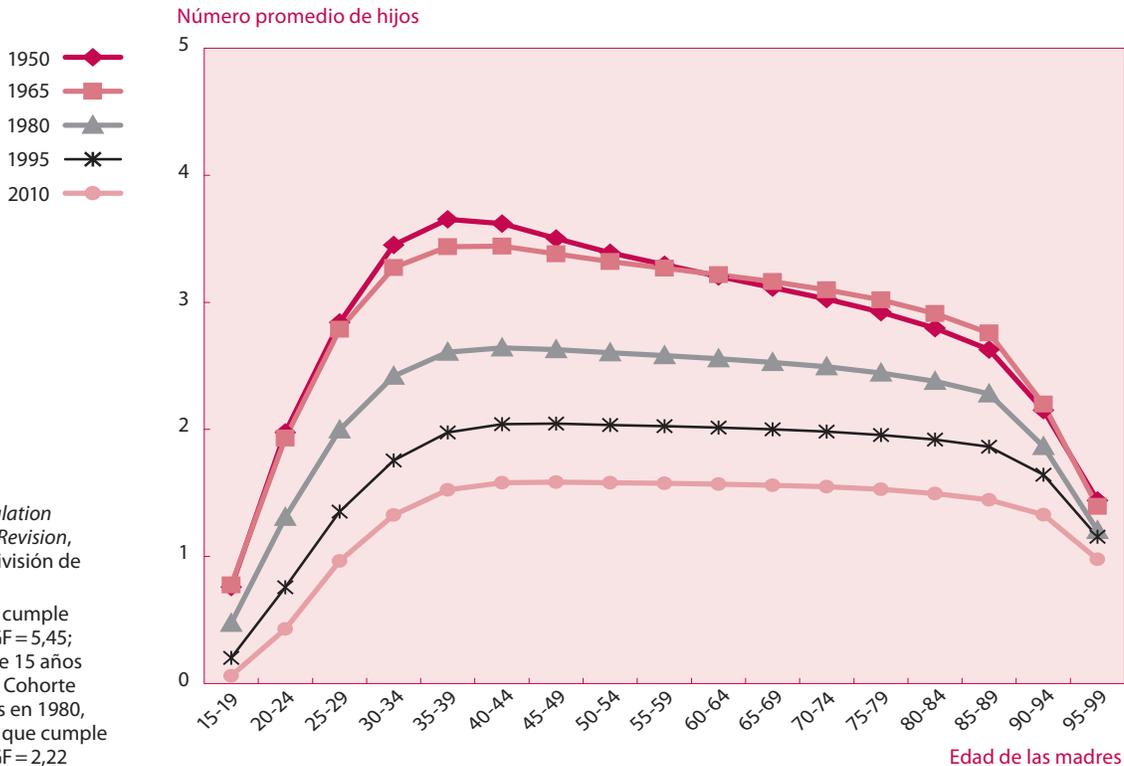
Las tendencias por cohortes trazadas en el gráfico 1 muestran la ineficacia de las tasas de reproducción de la cohorte de 1950, porque, aunque tenía una fecundidad más alta que la cohorte de 1965, el tamaño de las familias era más pequeño para cuando llegaban a los 60 años. Todas las cohortes subsiguientes mostraban curvas de tamaño de familia más planas —la fecundidad limitada hace que descienda el nivel, pero la mortalidad en descenso significa que la supervivencia sea mucho mejor. Se prevé que las mujeres que empezaron a tener hijos en 1995 tengan una familia de 2 hijos, en promedio, y las hipótesis de *World Population Prospects* indican que las niñas que ingresaron en la escuela en 2000 criarán sólo un promedio de 1,6 hijos durante su vida reproductiva. La reducción de la fecundidad futura es, por supuesto, cuestión de especulación, pero es difícil imaginar cómo podría aumentar la fecundidad real de los niveles del decenio de 1990, y el gráfico 2 muestra que la cohorte hipotética de 2010 podría tener familias de 2 hijos en promedio si sigue la vía media, o 1,6 si muestra una fecundidad muy reducida. El caso es que ninguna de las dos hipótesis indica nada parecido a un retorno a los tamaños de familia del decenio de 1980 (momento de marcado crecimiento económico y cambio social) e incluso seguir la pauta de 1995 parecería indicar que muchas de las condiciones y motivaciones para la maternidad, en particular las aspiraciones de empleo y educación de la mujer, tendrían que modificarse seriamente.

Con todas las incertidumbres políticas que existen actualmente en Indonesia, no sería prudente decir “nunca”, pero es igualmente cierto decir que no se observan indicios, ni en el Estado ni el pueblo, de que estos cambios serían bienvenidos o posibles. Es probable que la fecundidad continúe descendiendo en 2002, aunque tal vez a un ritmo más lento, por el efecto negativo de los factores políticos y económicos en la prestación de servicios anticonceptivos y de salud.

EL PRONÓSTICO DEL FUTURO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN TIEMPOS IMPREVISIBLES

Si el pasado es “plural” según las distintas interpretaciones que se puedan dar a los acontecimientos, el futuro también lo es, pero de acuerdo con una gran variedad de supuestos razonables que se pueden postular sobre el curso probable de los acontecimientos. Esta reflexión parece especialmente apropiada ahora que Indonesia se debate con las dificultades que supone establecer una democracia sobre la base del autoritarismo. Exige más tiempo y una revelación más completa de la capacidad de los procesos políticos en curso pronosticar el futuro político de la salud reproductiva, pero ya se vislumbran indicios de que se podrán preservar algunos valiosos legados del Nuevo Orden y superar los errores más funestos del autoritarismo.

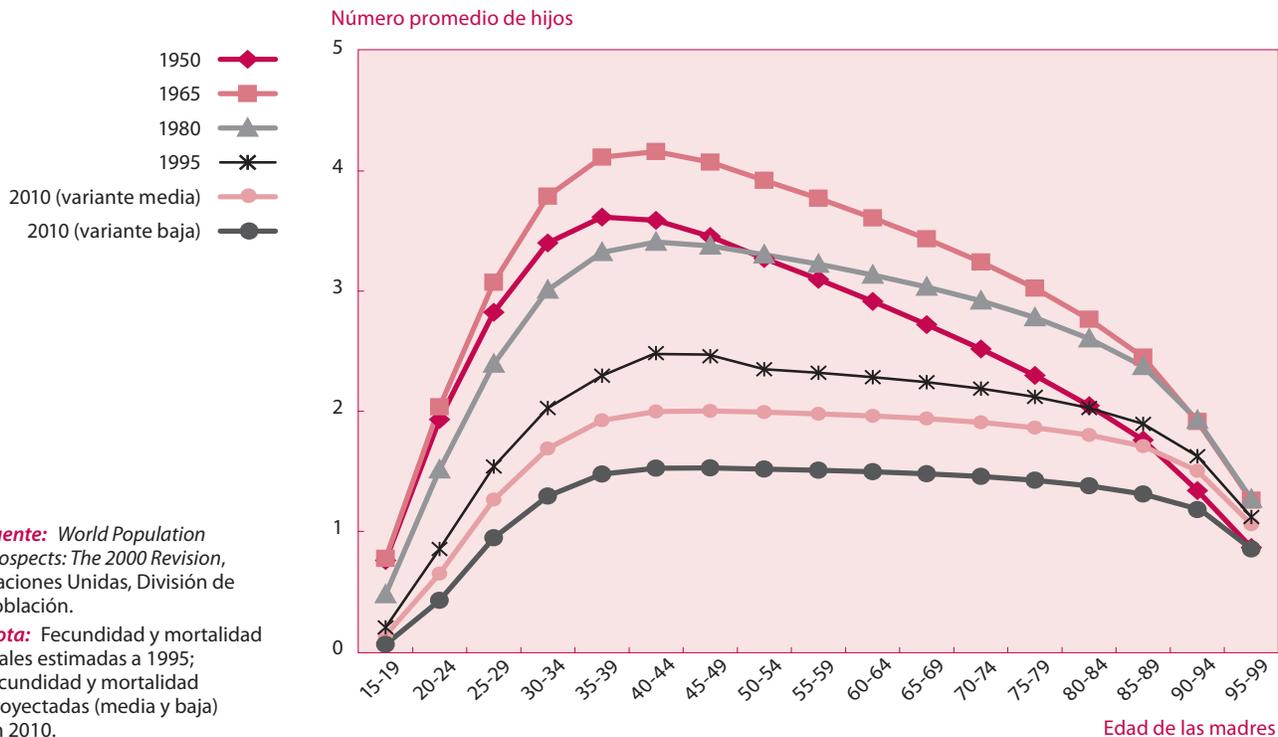
Gráfico 1
Número promedio de hijos que vive durante la vida de las cohortes de las madres que cumplen 15 años en 1950, 1965, 1980, 1995 y 2010



Fuente: World Population Prospects: The 2000 Revision, Naciones Unidas, División de Población.

Nota: Cohorte que cumple 15 años en 1950, TGF = 5,45; Cohorte que cumple 15 años en 1965, TGF = 4,57; Cohorte que cumple 15 años en 1980, TGF = 3,11; Cohorte que cumple 15 años en 1995, TGF = 2,22

Gráfico 2
Número promedio de hijos que vive durante la vida hipotética de mujeres que dan a luz en 1950, 1965, 1980, 1995 y 2010



Fuente: World Population Prospects: The 2000 Revision, Naciones Unidas, División de Población.

Nota: Fecundidad y mortalidad reales estimadas a 1995; fecundidad y mortalidad proyectadas (media y baja) en 2010.

Los planes de reforma de salud del Ministerio de Salud de 1998 a 2000 (Hull e Iskandar, 2000, pág. 106; Lieberman y Marzoeqi, 2000) permiten abrigar grandes esperanzas de que hombres y mujeres puedan seguir teniendo acceso a servicios de anticoncepción. Después de todo, cuando surgió el movimiento nacional de planificación de la familia, el personal médico, con ayuda de trabajadores de divulgación remunerados o voluntarios, prestó la mayor parte de los servicios básicos al grueso de la población. El esfuerzo en capacitación y organización invertido en estos grupos por el BKKBN se puede utilizar en la elaboración de un método más orientado al cliente y menos autoritario. El compromiso a la atención de la salud profiláctica constituye una base sólida para mejorar los servicios de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y las morbilidades y mortalidades del embarazo. Una red de fábricas y vías de distribución que pone una gran variedad de anticonceptivos a disposición de todos los indonesios constituye un importante recurso industrial que se debe mantener. Los políticos conservadores podrían, al cabo del tiempo, cuestionar la conveniencia de mantener un servicio especializado de promoción de la planificación de la familia en el BKKBN, pero el trabajo de esta organización como facilitadora de la movilización de la comunidad está generalmente bien visto por la sociedad, aun cuando se expresen reservas respecto a algunas actividades.

Los errores imputables al patrimonialismo y autoritarismo pueden ser resistentes a las correcciones en la medida en que los factores culturales son la base de muchas prácticas malsanas. Las quejas de coerción, insensibilidad, falta de participación o responsabilidad masculina, falta de información adecuada y trato poco respetuoso a los clientes pueden a menudo atribuirse a relaciones de género, relaciones entre las distintas clases sociales y culturas institucionales que pueden exigir años, si no generaciones en remediarse (Hull y Hull, 1997). No obstante, cuando el presidente Wahid nombró a Khofifah Indar Parawansa Ministra de Asuntos de la Mujer en 1999, muchos observadores se asombraron al ver que dos de sus primeras disposiciones fueron cambiar el título de su cargo al de Ministra de Potenciación de la Mujer y reclamar autoridad para supervisar el BKKBN. Era obvio que estaba dispuesta a enfrentarse a las cuestiones de género y ética en sus directivas para el programa de salud reproductiva y que establecería abiertamente un programa de corte feminista, para asegurar que la mujer tuviera una función activa en la configuración del programa y que los hombres asumieran algunas de las responsabilidades del uso de anticonceptivos. En los 2 años que ejerció el cargo, llevó al BKKBN a adoptar una nueva declaración de "Ideal y Misión". El ideal era el de las *Familias de calidad en 2015*, y la misión empezó con un objetivo de *potenciar y motivar a la comunidad a formar familias de calidad, más pequeñas*, donde a la palabra pequeñas no se le daba un valor numérico, sino que era una declaración de que se debía hacer comprender a las familias que la mejor edad para tener hijos es de 20 a 30 años y que es necesario mantener un hábito saludable de espaciar los nacimientos. Esto supone una familia de 2 ó 3 hijos, si la mujer empieza a tener hijos a los 20 años, pero como hemos visto, las mujeres cada vez retrasan más el matrimonio y la maternidad por motivos profesionales y de educación. Indonesia está manteniendo sistemáticamente objetivos acordes con nuevos descensos de fecundidad, al mismo tiempo que trata de dirigir al atención del gobierno a la potenciación de la mujer. El programa ha cambiado, pero el cambio no parece indicar que la fecundidad vaya a aumentar.

Más allá de la corrección de errores y la preservación de valiosos legados de planificación de la familia están los retos de alta política a los que se enfrenta Indonesia. El debate sobre salud reproductiva enmudece cuando saltan a los titulares de los periódicos noticias de asesinatos en las calles de las ciudades, guerras de religión en centros vecinos y corrupción insoluble a una escala descomunal. La pérdida de confianza en sí mismo es un problema para un individuo, pero puede ser una tragedia para una nación. Agota los recursos necesarios para atender a las necesidades de salud reproductiva de los ciudadanos. Peor aún, la pérdida de un sentido de propósito común borra toda formulación realista de objetivos de salud de la conciencia nacional. En Indonesia oriental y Aceh se ha recibido al nuevo milenio con peticiones de separación del Estado Unitario, en vez de planes de cooperación para combatir el VIH/SIDA, la mortalidad derivada de la maternidad o los

embarazos no deseados. Mientras los jóvenes incapaces de conseguir empleo se pelean en la calle por un desaire étnico o religioso, los espectadores de la violencia aprenden la lección de que la unidad nacional es frágil; el humanitarismo, condicional; la justicia social, problemática, y el gobierno por consenso, imposible.

Para muchos, el único pilar de los *Panca Sila* que quedaba en pie era la creencia en Dios, y cuando todos los demás pilares se tambalean, esa creencia se puede manipular en direcciones imprevisibles. Sin justicia social, humanitarismo o gobierno por consenso, la religión puede justificar la intolerancia. Sin unidad nacional, puede promover la destrucción. La esperanza radica en el hecho de que el futuro de Indonesia permanece abierto, los cinco pilares establecidos durante la Revolución de 1945 pueden defenderse y el compromiso al bienestar de los ciudadanos puede llegar a ser una realidad si, tanto los dirigentes como los ciudadanos, están comprometidos a estos valores. Si eso sucediera, el programa de salud reproductiva podría volver a las políticas de mejorar la ejecución de las actividades en vez de quedar enredado en las políticas de tratar con las amenazas de desintegración.

EL PRONÓSTICO DEL FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN INDONESIA

Para la mayor parte de los indonesios el horizonte cronológico para pensar en el futuro se ha empequeñecido desde 1997. La crisis económica, los trastornos políticos y la preocupación por los mecanismos de apoyo en emergencias disponibles en la sociedad han llegado a dominar el pensamiento. Los políticos tienen un horizonte cronológico de 2004, las próximas elecciones generales. Los economistas dirigen su atención a las negociaciones con el FMI del próximo año, y dan un gran suspiro de alivio cada vez que se publica una estimación positiva de crecimiento para el año siguiente, y profundos suspiros de depresión cuando piensan en la deuda nacional, la crisis bancaria y la baja inversión extranjera.

Si bien es fácil descartar estas actitudes como intereses mezquinos de burócratas, hay un claro vínculo entre esas ideas miopes y los factores que configuran los planes y aspiraciones de las jóvenes mujeres que entran en los años de maternidad potencial. Cada mujer que no consigue acceder a grados de educación más altos corre el riesgo de que sus padres la insten a casarse como solución para su futuro. Cada trabajadora despedida de una fábrica corre el riesgo de descubrir que la opción más factible es quedarse en casa para dedicarse a las tareas domésticas, en particular la crianza de los hijos. Las mujeres sin estudios y sin trabajo ven su posición de negociación en la familia potencialmente socavada. En estas situaciones, los indonesios de la clase selecta temen que las mujeres pobres sencillamente se retiren a tener hijos para dar algún sentido a su vida. No obstante, los pobres pueden rechazar esta opción, porque todavía desean dar una educación a sus hijos y ven las dificultades económicas como obstáculos que hay que salvar invirtiendo más en cada hijo, en vez de arriesgarse a esperar que entre muchos hijos haya algunos a quienes les sonría la fortuna. Sea cual fuere el desenlace de los problemas políticos y económicos, la manera de pensar de los indonesios ha cambiado en formas que implican una fecundidad de moderada a baja, según las nuevas circunstancias de su vida. Por lo tanto, el pronóstico de la fecundidad futura supone que tenemos que pronosticar la sociedad futura. Los estudios de Indonesia se debaten por hacerlo con carácter anual —2050 está a una distancia imposible de contemplar.

BIBLIOGRAFÍA

- Entwistle, Barbara (1989). Measuring the components of family planning program effort. *Demography*, vol. 26, No. 1, págs. 53 a 76.
- Fathuddin, H. Usep (1993). *The Muslim Ummah and Family Planning Movement in Indonesia*. Jakarta: National Family Planning Coordinating Board en cooperación con el Departamento de Asuntos Religiosos. (Traducción de la versión de 1990 titulada *Ummat Islam dan Gerakan Keluarga Berencana di Indonesia*.)

- Freedman, Ronald, Siew-Ean Khoo y B. Suprptilah (1981). Modern contraceptive use in Indonesia: A challenge to conventional wisdom. *Scientific Reports No. 20*. Londres: Estudio Mundial sobre la Fecundidad.
- Freedman, Ronald (1995). Asia's recent fertility decline and prospects for future Demographic Change. *Asia-Pacific Population Research Reports* 1, enero de 1995. East-West Center Programme on Population, Honolulu.
- Giridhar, G., E. M. Sattar y J. S. Kang (1989). *Readings in Population Programme Management*. Singapore (ICOMP).
- Haryono, Suyono y Merrill M. Shutt (1989). Strategic Planning and Management: An Indonesian Case Study. En *Administración Estratégica de Programas de Población*, Ness, Gayl y Ellen Sattar, comps. Kuala Lumpur: ICOMP, págs. 257 a 284.
- Hernández, Donald (1984). *Success or Failure? Family Planning Programs in the Third World*. Westport Conn: Greenwood Press.
- Hernández, Donald (1989). Comment. *Demography*, vol. 26, No. 1 (febrero), págs. 77 a 80.
- Hugo, Graeme, Terence H. Hull, Valerie Hull y Gavin Jones (1987). *Demographic Dimensions of Indonesian Development*. Oxford en Asia, Kuala Lumpur.
- Hull, Terence H. (1980). Fertility decline in Indonesia: a review of recent evidence. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 16, No. 2, págs. 104 a 112.
- Hull, Terence H. (1987). Fertility decline in Indonesia: an Institutional interpretation. *International Family Planning Perspectives*, vol. 13, No. 3, págs. 90 a 95.
- Hull, Terence H. (1991). *Reports of Coercion in the Indonesian Vasectomy Program: A Report to AIDAB*. Development Paper 1991, No. 1. Canberra: Oficina Australiana de Asistencia al Desarrollo Internacional.
- Hull, Terence H. (1994). Fertility decline in the New Order period: The evolution of population policy, 1965-1990. En *Indonesia's New Order: The Dynamics of Socio-Economic Transformation*, Hal Hill, comp. Sydney: Allen and Unwin, págs. 123 a 145.
- Hull, Terence H. (1998). Indonesia's family planning programme: Swept aside in the deluge? *Development Bulletin*, No. 46 (invierno), págs. 30 a 32.
- Hull, Terence H., y G.L. Dasvarma (1988). Fertility trends in Indonesia, 1967-1985. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 2, No. 1, págs. 115 a 121.
- Hull, Terence H., y Valerie J. Hull (1984). Population change in Indonesia: Findings of the 1980 Census. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, vol. 20, No. 3, págs. 95 a 119.
- Hull, Terence H., y Valerie J. Hull (1997). Culture, politics and family planning in Indonesia. En *The Continuing Demographic Transition*, Gavin W. Jones, Robert Douglas, John C. Caldwell y Rennie D'Souza, comps. Oxford: Oxford University Press, págs. 383 a 421.
- Lapham, Robert J., y W. Parker Mauldin (1984). Family planning program effort and birth rate decline in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, 10, págs. 109 a 118.
- Lapham, Robert J., y W. Parker Mauldin (1985). Contraception prevalence: the influence of organized family planning programs. *Studies in Family Planning*, vol. 16, págs. 117 a 137.
- Lieberman, Samuel S., y Puti Marzoeqi (2000). *Indonesia Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*: Report No. 21318-IND. Washington: Banco Mundial.
- Liddle, R. W. (1985). Soeharto's Indonesia: Personal Rule and Political Institutions. *Pacific Affairs*, vol. 58, No. 1, págs. 68 a 90.
- MacAndrews, Colin, comp. (1986). *Central Government and Local Development in Indonesia*. Singapur: Oxford University Press.
- MacIntyre, Andrew (1989). Corporatism, Control and Political Change in "New Order" Indonesia. En *Observing Change in Asia: Essays in Honour of J.A.C. Mackie*, R. J. May y William J. O'Malley, comps. Bathurst, NSW: Crawford House Press.
- Mauldin, W. P., y J. A. Ross (1991). Family planning programs: efforts and results, 1982-1989. *Studies in Family Planning*, vol. 22, No. 6, págs. 350 a 367.
- Moebramsjah, J. (1983). Management of the Family Planning Programme in Indonesia. En *Views from Three Continents*. Ellen Sattar, comp. Kuala Lumpur: Comité Internacional de Administración de Programas de Población, págs. 6 a 21 (reimpresión corregida de Moebramsjah y colaboradores 1982).

- Moebramsjah, H., Thomas R. D'Agnes y Slamet Tjiptorahardjo (1982). The National Family Planning Program in Indonesia: A Management Approach to a Complex Social Issue. Informe a una conferencia del ICOMP, Kuala Lumpur, julio de 1982. Jakarta. National Family Planning Coordinating Board.
- Ness, Gayl y Ellen Sattar, comps. (1989). *Strategic Management of Population Programmes*. Kuala Lumpur: ICOMP.
- Saparin, Sumber (1977). *Tata Pemerintahan dan Administrasi Pemerintahan Desa*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Sinquefield, J. C., y Bambang Sungkono (1979). Fertility and Family Planning Trends in Java and Bali. *International Family Planning Perspectives*, vol. 5, No. 2, págs. 43 a 58.
- Sumbung, Peter (1989). Management Information System: The Indonesian Experience. En *Readings in Population Programme Management*, G. Giridhar, E.M. Sattar y J.S. Kang, comps. Singapur: ICOMP, págs. 13 a 28.
- Suryadinata, Leo (1989). Military Ascendancy and Political Culture: A Study of Indonesia's Golkar. *Southeast Asia Series* Número 85. Athens, Ohio: Ohio University Center for International Studies.
- van Ufford, Philip Quarles (1987). *Local Leadership and Programme Implementation in Indonesia*. Amsterdam: Free University Press.
- Warren, Carol (1986). Indonesian Development Policy and Community Organization in Bali. *Contemporary Southeast Asia*, vol. 8, No. 3, págs. 213 a 230.
- Warwick, Donald (1986). The Indonesian Family Planning Programme: Government Influence and Client Choice. *Population and Development Review*, vol. 12, No. 3, págs. 453 a 490.

Los cambios recientes y el futuro de la fecundidad en la República Islámica del Irán

Mohammad Jalal Abbasi-Shavazi*

En el presente documento se hace un breve repaso de los cambios de política de población y las tendencias de fecundidad a lo largo de los últimos 30 años, se ofrecen algunas explicaciones posibles de la transición de la fecundidad en la República Islámica del Irán y, por último, se hacen algunas conjeturas sobre el futuro de la fecundidad en los próximos decenios. Algunas de las preguntas a las que se trata de dar respuesta en el presente documento son las siguientes: ¿Cuáles son los últimos cambios de la fecundidad iraní? ¿Seguirá la República Islámica del Irán la pauta de los países más desarrollados y alcanzará la fecundidad deficitaria? En caso de que así fuera, ¿cuáles son los principales factores que dan cuenta de la reducción de la fecundidad en la República Islámica del Irán? ¿Cuáles son las probables y plausibles hipótesis sobre el futuro de la fecundidad iraní?

* Profesor adjunto, Departamento de Demografía; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Teherán, República Islámica del Irán, y Asociado, Programa de Sociología y Demografía, Universidad Nacional Australiana, Canberra, Australia.

LAS TASAS DE FECUNDIDAD DEL PERÍODO

Tendencias de las tasas globales de fecundidad: 1966-2000

La transición de la fecundidad en la República Islámica del Irán ha atravesado distintas fases de 1972 a 2000 (gráfico 1). Pese a la puesta en práctica en 1966 del primer programa de planificación de la familia, los cambios de fecundidad fueron mínimos a finales del decenio de 1960 y comienzos del de 1970. La tasa global de fecundidad disminuyó de alrededor de 7,7 en 1966 (Amani, 1970) a cerca de 6,0 en 1976, y posteriormente aumentó a 7,0 en 1980. Pese a la aprobación de los métodos de planificación de la familia por el *Ayatollah Khomeini* en 1979, el programa pre-revolucionario de planificación de la familia se suspendió inmediatamente después de la revolución. Aunque no se estableció ninguna política de población concreta después de la revolución, el nuevo gobierno adoptó una postura pro natalidad. La edad legal mínima para contraer matrimonio se redujo a 9 y 12 años para niñas y niños, respectivamente. La guerra con el Iraq creó una atmósfera pro natalidad, en la que se instaba a las familias a tener más hijos y se ofrecían incentivos económicos. Pese a la ideología pro natalidad del período que siguió inmediatamente a la revolución, el régimen de alta fecundidad fue de corta duración y a mediados del decenio de 1980 la fecundidad empezó a disminuir. La tasa global de fecundidad descendió de 6,8 en 1984 a 6,3 en 1986 y a cerca de 5,5 en 1988. En un documento anterior, Ladier-Fouladi (1997), con datos de registros de nacimientos, llegó a la misma conclusión de que el descenso de la fecundidad empezó en 1984. El descenso fue lento hasta que se dio marcha atrás a la política oficial de población y se inauguró oficialmente un nuevo programa de planificación de la familia, en diciembre de 1989. La tasa global de fecundidad cayó abruptamente después de 1989, de 5,5 en 1988 pasó a menos de 2,8 en 1996, una reducción de más del 50% en 6 años. Las estimaciones de fecundidad por el método de los hijos propios, para la República Islámica del Irán, basadas en la encuesta

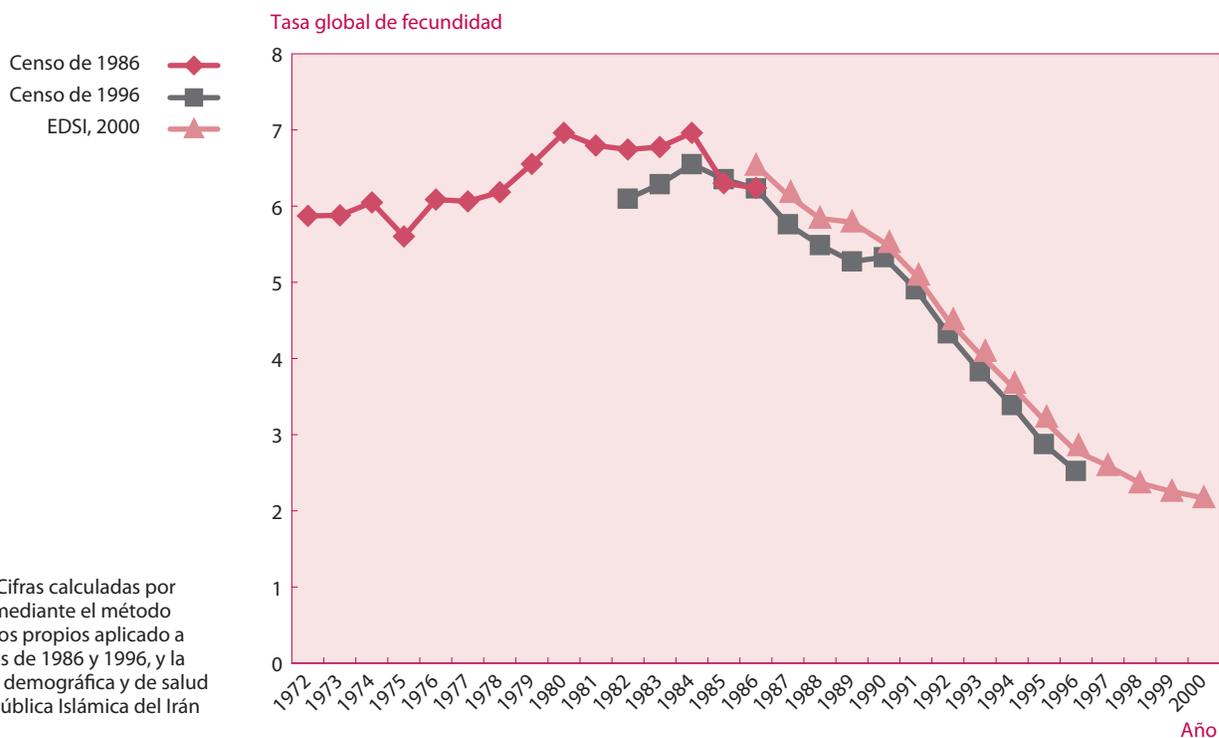
demográfica y de salud de la República Islámica del Irán (EDSI) de 2000 muestran que la tasa global de fecundidad descendió aún más y alcanzó el nivel de reemplazo (2,26) durante el período de 1998 a 2000. La cifra correspondiente al año 2000 es 2,17.

El logro de la fecundidad deficitaria

Los primeros indicios de que se había alcanzado la fecundidad deficitaria en la República Islámica del Irán empezaron a observarse en la primera mitad del decenio de 1990. Cuatro provincias desarrolladas: Gilan, Semna, Teherán e Isfahán, alcanzaron una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo para 1996 (Abbasi-Shavazi, 2001a). Estas tasas se confirmaron por los resultados de la encuesta de estimación del crecimiento de la población que llevó a cabo el Centro Estadístico de la República Islámica del Irán en 1998. Para fines de la encuesta, se dividió a las provincias de la República Islámica del Irán en cinco regiones, con arreglo a su nivel de desarrollo (de desarrolladas a menos desarrolladas). Según la encuesta de estimación de crecimiento de la población de 1998, la tasa global de fecundidad de la República Islámica del Irán en conjunto, era de 2,06, mientras que la de las zonas urbanas y rurales era de 1,88 y 2,39, respectivamente. De las cinco regiones incluidas en la encuesta, tres habían tenido fecundidad deficitaria. Las dos regiones menos desarrolladas, las regiones 4 y 5, tenían tasas globales de fecundidad de 2,4 y 2,9, respectivamente.

Es resultado de la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán, realizada en 2000, indicaba la continua reducción de la fecundidad en el país. Las estimaciones de la fecundidad por el método de los hijos propios, basadas en la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán, mostraba que de un total de 28 provincias, cinco tenían tasas globales de fecundidad deficitarias durante el período de 1995 a 1999, 20 tenían TGF de 2 a 3, dos provincias tenían TGF de 3 a 4, y sólo en

Gráfico 1
Estimaciones de las tasas globales de fecundidad de la República Islámica del Irán por el método de los hijos propios: 1972 a 2000



una provincia (*Sistán & Beluchistán*) la TGF era de alrededor de 5,0. Las estimaciones por el método de los hijos propios para el trienio de 1997 a 1999 también indicaban que en ocho provincias la TGF era inferior a 2,0, y en 18 provincias fluctuaba entre 2 y 3. La tasa global de fecundidad más alta (4,6) se registró en la provincia de *Sistán & Beluchistán*.

Las diferencias entre las zonas rural y urbana

Como se indica en el gráfico 2, a comienzos del decenio de 1970 existía una gran diferencia de TGF entre las zonas rural y urbana. La fecundidad empezó a aumentar en ambas zonas 2 años antes de la revolución, llegó a su límite máximo de 1979 a 1980 y empezó a descender a mediados del decenio de 1980. El descenso se aceleró después de 1989. Los resultados de la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán revelaron que la fecundidad continuaba descendiendo para mediados del decenio de 1990, aunque en fechas recientes, la tendencia en las zonas tanto rural como urbana ha sido más lenta. La gran diferencia entre las TGF de las zonas rural y urbana se ha reducido considerablemente. La tasa global de fecundidad en las zonas urbanas alcanzó la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo para 1996. En 2000, la TGF en las zonas tanto urbana como rural de la República Islámica del Irán fluctuaba, entre alrededor de 1,9 y 2,4, respectivamente.

Las tasas de fecundidad por edad

Las estimaciones de las tasas de fecundidad por edad por el método de los hijos propios, para la República Islámica del Irán, por zonas rural y urbana, para los períodos de 5 años comprendidos entre 1985 y 1989, y 1996 y 2000 se muestran en el gráfico 3. Como se puede observar, las tasas globales de fecundidad por edad eran altas en todos los grupos de

Gráfico 2
Estimaciones de la tasa global de fecundidad de la República Islámica del Irán de las zonas rural y urbana, por el método de los hijos propios: 1972-2000



Fuente: Cifras calculadas por el autor mediante el método de los hijos propios aplicado a los censos de 1986 y 1996, y la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán de 2000.

edad de 1985 a 1989. Había una diferencia considerable entre la tasa global de fecundidad de las zonas rural y urbana. La fecundidad cayó abruptamente en todos los grupos de edad para el período de 1996 a 2000. El marcado descenso de la fecundidad registrado en todos los grupos de edad entre los dos períodos indica que, simultáneamente, las parejas jóvenes están empezando a tener hijos más tarde, las mujeres casadas están espaciando los nacimientos a intervalos más prolongados y las mujeres mayores están dejando de tener hijos. Esta interpretación explicaría el pronunciado descenso de la fecundidad global que se ha registrado en la República Islámica del Irán desde 1988.

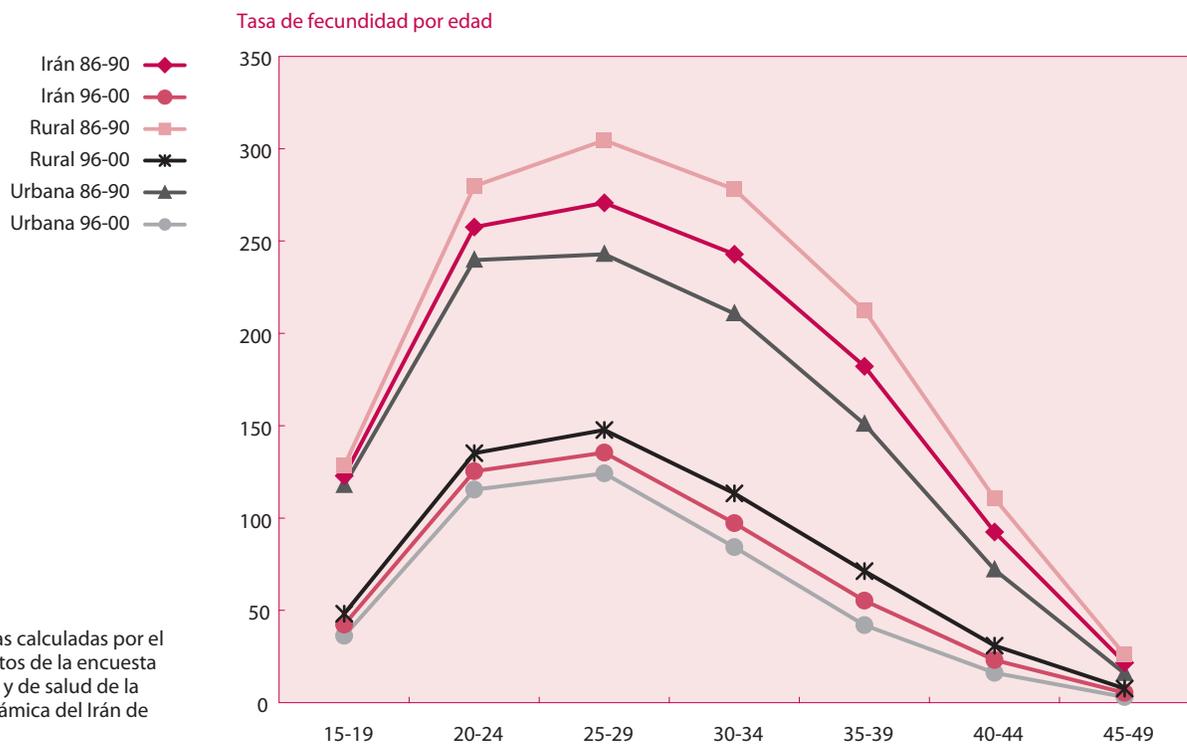
NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS POR ORDEN DE NACIMIENTOS

El descenso de la tasa global de fecundidad se puede examinar en función del número anual y la distribución de los nacimientos por orden de ocurrencia. Las estadísticas han demostrado que el número de nacimientos en la República Islámica del Irán llegó a su límite máximo en 1980, descendió ligeramente de 1981 a 1985 y continuó descendiendo desde entonces (Organización de registros civiles, 2001; Ladiér Fouladi, 1997). No obstante, debido a los efectos en la estructura de edad de la población del auge de natalidad que tuvo lugar después de la revolución, es probable que el número de nacimientos aumente en el futuro.

La cambiante distribución de las mujeres según el número de sus alumbramientos nos permite hacernos una idea del descenso de la fecundidad. En el cuadro 1 se presenta el porcentaje de distribución de mujeres de 15 a 49 años por orden de nacimientos para las zonas rural y urbana en 1976 y 2000. Es obvio que el porcentaje con cinco o más alumbramientos se ha reducido radicalmente de cerca del 47% en 1976 a cerca del 30%

Gráfico 3

Estimaciones de la tasa global de fecundidad de la República Islámica del Irán de las zonas rural y urbana, por el método de los hijos propios: 1986-1990 y 1996-2000; encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán de 2000



Fuente: Cifras calculadas por el autor con datos de la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán de 2000.

Cuadro 1
Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad, por orden de nacimientos, en la República Islámica del Irán, por zonas rural y urbana, 1976 y 2000

Orden de nacimientos	Encuesta de fecundidad de la República Islámica del Irán, 1976			EDSI 2000		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
0	9,5	9,2	9,8	11,7	11,2	12,6
1-2	22,8	27,2	18,3	34,3	37,1	29,1
3-4	21,0	22,9	19,2	24,4	26,4	20,3
5+	46,7	40,7	52,7	29,6	25,3	38,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: H. Agha, Estudio de la fecundidad en Irán y su relación con indicadores socioeconómicos basado en la Encuesta de fecundidad del Irán, 1985 (Centro de Estudios de Población, Universidad de Shiraz). Las cifras correspondientes a 2000 se han calculado a partir de los datos de la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán de 2000.

en 2000. La caída de la proporción de mujeres de alta paridez ha ocurrido tanto en las zonas rurales como en las urbanas, aunque el porcentaje con cinco o más alumbramientos era considerablemente más alto en las zonas rurales (38%) que en las zonas urbanas (25%). Como resultado de la reducción de los nacimientos de orden superior se ha producido un marcado aumento de los porcentajes de mujeres con 1 ó 2 nacimientos y, hasta cierto punto, de la proporción de las que tenían nacimientos de tercero o de cuarto orden. En 2000, algo más de una tercera parte de las mujeres tenía nacimientos de primero o de segundo orden. Si bien las medidas mostradas en el cuadro 1 pueden estar afectadas por cambios en la estructura de edad de las mujeres en el tramo de edad de 15 a 49 años, los movimientos observados son muy grandes.

EL CAMBIO EN LAS MODALIDADES DE NUPCIALIDAD: 1966-2000

Como se muestra en el cuadro 2, de 1966 a 2000 se ha registrado un marcado aumento en la proporción de mujeres que no se han casado nunca. Por ejemplo, el porcentaje de las mujeres que no se habían casado nunca, en el grupo de edad de 15 a 19 años, aumentó del 54% en 1976 a cerca del 84% en 2000. La proporción de mujeres que nunca se habían casado, en los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años, también aumentó entre 1966 y 1976, pero se mantuvo casi inalterada de 1976 a 1986, debido a la ideología posrevolucionaria. Ahora bien, las cifras aumentaron de nuevo abruptamente de 1986 a 2000. Los aumentos registrados en los grupos de edad de 25 a 29 y de 30 a 34 años fueron especialmente pronunciados.

De conformidad con el aumento de la proporción de mujeres que nunca se han casado, la edad media de la mujer al contraer matrimonio también aumentó considerablemente desde 1970 al 2000 (cuadro 3). Según el EDSI 2000 la edad media de la mujer al contraer matrimonio por primera vez aumentó considerablemente de alrededor de 14,5 años (en ambas zonas, rural y urbana) en 1970 a cerca de 20 y 21 en 2000 en las zonas rural y urbana, respectivamente. Las estadísticas han demostrado que, pese a los incentivos gubernamentales para impulsar el matrimonio precoz, la edad media de la población

Cuadro 2
Porcentaje de mujeres de 10-14 a 30-34 años que nunca se han casado, 1966 a 2000

Grupo de edad	1966	1976	1986	1996	2000
10-14	97,6	99,9	97,0	98,8	99,1
15-19	54,1	65,7	65,7	82,1	83,5
20-24	13,4	21,4	25,8	39,5	47,1
25-29	3,8	6,8	9,4	14,8	20,8
30-34	1,7	2,7	4,6	6,4	9,3

Fuente: N. Doroudi Ahi, Marriage and sex imbalance in ages at marriage; Marriage squeeze in Iran, 1966-1996, Tesis para el título de Master. Departamento de Demografía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Teherán, Teherán (2001); encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán de 2000.

Cuadro 3
Edad media al contraer matrimonio de hombres y mujeres en 1970, 1980, 1990 y 2000

Año	Hombres		Mujeres	
	Rural	Urbana	Rural	Urbana
1970	23,1	23,4	14,4	14,4
1980	22,3	23,2	17,0	17,8
1990	22,4	24,9	19,6	19,5
2000	24,0	25,8	19,7	20,8

Fuente: Encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán, de 2000.

soltera al casarse aumentó ligeramente en el caso de la mujer, de 19,5 años en 1976 a 19,7 años en 1986, pero a partir de entonces experimentó un brusco ascenso hasta alcanzar los 22 años para 1996 (Abbasi Shavazi, 2000).

¿Hasta qué punto han contribuido la nupcialidad y la fecundidad de los matrimonios a la transición de la fecundidad? Abbasi-Shavazi (2000) ha descompuesto los cambios ocurridos en la tasa global de fecundidad de 1976 a 1996 en los componentes de los cambios de nupcialidad y fecundidad de los matrimonios. Comprobó que la mayor parte de la reducción de la fecundidad de 1986 a 1996 obedecía al descenso de la fecundidad de los matrimonios (3,11) y 0,6 al cambio de nupcialidad. Es decir, que el 86% de la reducción de la fecundidad se debía al cambio en la fecundidad de los matrimonios y sólo el 14% al cambio en la edad al contraer matrimonio.

DETERMINANTES DE LA REDUCCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN LA REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

Todo intento de dar una explicación completa del descenso de la fecundidad en la República Islámica del Irán exige el análisis de algunos de sus aspectos más importantes. Uno de ellos es el hecho de que el descenso empezó antes de que se efectuase el cambio a una política de anti natalidad. Otro es la ubicuidad del descenso de la fecundidad. A diferencia de las etapas iniciales de las transiciones de fecundidad en muchos países, no existen pruebas de que se haya producido un descenso selectivo en los extremos joven y mayor de la edad de procrear, sino, más bien, un descenso en todos los grupos de edad. De manera análoga, tampoco tenemos pruebas de una difusión del descenso de la fecundidad de la zona urbana a la rural, sino, más bien, de un descenso simultáneo y considerable en todas las regiones geográficas y en las zonas rural y urbana. Con el tiempo, se observó un considerable grado de reducción de las diferencias urbana-rural y entre regiones, tanto en los niveles de fecundidad como en las tasas de uso de anticonceptivos.

Como resultado de la suspensión del programa de planificación de la familia y de las entusiastas campañas en pro del matrimonio precoz y las familias numerosas, la fecundidad aumentó moderadamente en 1979 y se mantuvo estacionaria hasta mediados del decenio de 1980. Aunque no existía una política de población oficial concreta durante los 10 años siguientes a la revolución, la atmósfera social y psicológica de la sociedad era favorable a la fecundidad alta durante este período. El efecto en la vida de la población fue temporal, como vino a confirmar el hecho de que la fecundidad en la República Islámica del Irán empezó a disminuir ya en 1984, mucho antes de la inauguración oficial del programa de planificación de la familia en 1989.

El programa de planificación de la familia que se implantó en diciembre de 1989 ha representado una importante contribución a la continua transición de la fecundidad. Al movilizar a las diversas organizaciones gubernamentales y a la red de comunicación social, el programa consiguió difundir ideas a través de todo el país sobre el valor de las familias pequeñas y los métodos de limitación del tamaño de la familia. La tasa de uso de anticonceptivos ha aumentado del 37% en 1976 a cerca del 72% en el año 2000. La tasa de uso de anticonceptivos en las zonas rurales ha aumentado del 20% en

1976 al 67% en 2000; las cifras correspondientes en las zonas urbanas son del 54% y cerca del 78%, respectivamente (Mehryar y otros, 2001).

¿A qué se ha debido que el programa de planificación de la familia iraní haya tenido un éxito tan resonante en tan poco tiempo? En las páginas siguientes sostengo que el contexto social y cultural de la sociedad, junto con determinadas políticas del gobierno, como el desarrollo rural, las mejoras sanitarias y el aumento del alfabetismo, ha sentado las bases del éxito de un programa de planificación de la familia implantado por el Gobierno islámico.

A diferencia de la situación que reinaba en el país cuando se puso en práctica el programa de planificación de la familia antes de la revolución, para mediados del decenio de 1980 la República Islámica del Irán era cultural, social y económicamente favorable a la implantación del programa de planificación de la familia. Los costos percibidos de los hijos eran relativamente más bajos en el decenio de 1970, mientras que en el de 1980, debido a la mejora de la educación, incluso en las zonas rurales, los costos de los hijos aumentaron. Por otra parte, la mejora de la educación, en particular de las niñas, puede haber contribuido a un aumento del uso de anticonceptivos. El grado de instrucción de las mujeres en edad de procrear ha experimentado un aumento notable en los últimos 40 años, y la diferencia entre las zonas rural y urbana se ha reducido considerablemente (cuadro 4).

Políticas del gobierno tales como las mejoras en la educación pública, en particular de las niñas, el establecimiento de redes sanitarias, y el mayor acceso a electricidad y agua potable, transportes y comunicaciones en zonas remotas de la República Islámica del Irán, probablemente han tenido un efecto indirecto en el descenso de la fecundidad. Las grandes aspiraciones e inversiones de las familias en la educación de sus hijos también han influido en las decisiones de las parejas con respecto a su fecundidad. La asistencia de las niñas y mujeres iraníes a la escuela y a la universidad se prolonga más años que antes y este factor retrasa el matrimonio y la maternidad. La relación hombres-mujeres entre los estudiantes universitarios ha cambiado a favor de la mujer en los últimos años. En 1998, cerca del 52% de los candidatos a ingreso a la universidad que eran admitidos a las universidades del Estado eran mujeres. La cifra aumentó al 57% en 1999, a cerca del 60% en 2000 y a alrededor del 62% en 2001 (Abdollahyan, 2001). Esto ha tenido un efecto considerable en la mejora de la situación de la mujer y es una característica esencial del cambio social. Las jóvenes están dedicando más años a sus estudios y retrasando su matrimonio, lo cual afectará sus decisiones en materia de fecundidad. Shadi-Talab (2001) en su estudio *Iranian Women: Rising Expectations*, llegó a la conclusión de que “las mujeres iraníes se están dirigiendo a una convergencia en valores básicos que tienen en cuenta el sexo...La parte principal de estas reformas es el resultado de la potenciación de mujeres jóvenes de distintos medios socioeconómicos, a través de la educación superior. Por tanto, las mujeres iraníes con expectativas más altas están actuando de fuerza aceleradora del desarrollo en la República Islámica del Irán”.

Además, el programa oficial inaugurado por el gobierno en 1989 contaba con el apoyo de la jerarquía religiosa. Cabe señalar que algunos dirigentes religiosos se opusieron al primer programa de planificación de la familia antes de la revolución. No obstante, el *Ayatollah Khomeini* emitió la primera aprobación del uso de métodos de planificación de la familia en 1979. Pese a ello, el programa de planificación de la familia se suspendió des-

Cuadro 4
Tasa de alfabetismo de las mujeres en los grupos de edad de 15-19 a 25-29, en la República Islámica del Irán, por zonas rural y urbana

Grupo de edad	1966		1976		1986		1996	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
15-19	57,7	5,4	75,4	19,8	85,8	53,0	96,9	86,4
20-24	41,2	2,7	59,4	10,1	75,8	36,5	93,8	77,9
25-29	29,5	1,4	49,4	4,9	65,5	22,0	89,5	65,4

Fuente: Centro Estadístico de la República Islámica del Irán, varios censos.

pués de la revolución, pero estudios posteriores han demostrado que en los primeros años del decenio de 1980 se prestaban servicios de planificación de la familia en las clínicas (Mehryar y otros, 2001). El apoyo de la jerarquía religiosa a finales del decenio de 1980 dio legitimidad al programa de planificación de la familia y el gobierno pudo prestar estos servicios a la población sin ningún impedimento religioso.

El descenso de la mortalidad infantil también fue un factor muy importante en la demanda de menos nacimientos y la reducción del tamaño de la familia. La tasa de mortalidad infantil descendió de cerca de 114 por mil nacimientos vivos en 1975 a 64 por mil en 1985 y a 34 por mil en 1994. El establecimiento de la red del servicio de salud y su extensión a las zonas rurales y marginadas del país ha sido uno de los factores decisivos de la reducción de la mortalidad infantil. La urbanización también ha contribuido al descenso, ya que para 1996, más del 60% de la población vivía en zonas urbanas.

Poco después de la revolución, se estableció la *Organización Jihad Constructiva* para revitalizar las aldeas y regiones marginadas y promover su desarrollo económico y social. Las actividades de la organización abarcaban desde la prestación de servicios de educación y salud a la construcción de carreteras y presas y a la distribución de maquinaria y equipo agrícola. Esto contribuyó al establecimiento de un entorno rural sólido y saludable después de la revolución y dio a las zonas rurales de la República Islámica del Irán un carácter considerablemente distinto del de los otros países de la región. Para 1996, la mayoría de las comunidades rurales tenía electricidad, televisión y radio y agua corriente. Estos procesos de desarrollo facilitaron el éxito de los programas de planificación de la familia en la República Islámica del Irán, en general, y en las zonas rurales en particular, durante el segundo decenio después de la revolución.

No obstante, pese al éxito del papel desempeñado por el programa de planificación de la familia en la transición de la fecundidad durante los dos últimos decenios, existen algunas pruebas de que no todo el crédito por el descenso de la fecundidad corresponde al gobierno y a sus programas de planificación de la familia. El aumento de la fecundidad durante 1976 y 1978, así como su descenso universal después de 1984, son prueba de que la transición ocurrió independientemente de la política oficial de planificación de la familia. Es interesante que, pese a una activa campaña de una variedad de organizaciones oficiales y extraoficiales a favor del matrimonio y la maternidad precoces, así como a los fuertes incentivos económicos y sociales para casarse y tener hijos, la edad al contraer el primer matrimonio aumentó durante comienzos del decenio de 1980 (Abbasi-Shavazi, 2000).

También se puede decir que las penurias económicas en relación con las aspiraciones materiales aceleraron el descenso de la fecundidad en la República Islámica del Irán a partir de mediados del decenio de 1980. La presión económica ha sido un importante factor de la postergación del matrimonio y el retraso de la edad al contraer el primer matrimonio. La República Islámica del Irán ha estado experimentando dificultades económicas desde la revolución, en particular en el decenio siguiente a la guerra con el Iraq. El coste de vida ha subido radicalmente en los últimos años. Los jóvenes tienden a retrasar el matrimonio hasta que consiguen un empleo remunerado que les permita hacer frente al alto coste de vida. El creciente costo de criar a los hijos, en particular el costo de la enseñanza, es otro importante factor de las decisiones de la familia. En el último decenio se ha producido una convergencia de los comportamientos de fecundidad en la República Islámica del Irán, a saber, que las mujeres de zonas rurales y urbanas, así como las de distintas clases sociales, pobres y ricas, instruidas y analfabetas, tienen comportamientos de fecundidad más o menos similares estos días (Abbasi-Shavazi, de próxima aparición).

LAS PROYECCIONES DE FECUNDIDAD ANTERIORES PARA LA REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

Proyectar la fecundidad en esta situación, en la que ha tenido lugar un importante cambio político y social, es una tarea difícil. No obstante, se han llevado a cabo varios intentos de pronosticar el futuro de la fecundidad iraní.

Con arreglo a la proyección formulada en el Plan quinquenal de desarrollo, a finales del decenio de 1980, que sirvió de base de la planificación y la puesta en práctica del actual programa de planificación de la familia, la tasa global de fecundidad descendería a 2,3 para 2010. Zanjani (1993), en un estudio de la fecundidad en la República Islámica del Irán, en el que utilizó los resultados del censo de 1986, proyectó el futuro de la fecundidad para el período de 1991-1996 a 2016-2021. Su proyección constaba de tres variantes (baja, media y alta). Zanjani afirmó que era poco probable que estas hipótesis llegaran a ser realidad y, por tanto, presentó su propia proyección verosímil, según la cual la fecundidad descendería a 3,85 para el período de 2016-2021. Manifestó que su meta podría no alcanzarse nunca, dado que la experiencia de otros países en los que se han puesto en práctica programas de planificación de la familia, mostraba que la fecundidad en esos países sólo había descendido ligeramente. La otra razón que se aducía en el informe de su proyección era que el programa de planificación de la familia de la República Islámica del Irán no era coercitivo y, por tanto, pudiera no ser tan eficaz como se había previsto.

Una de las razones de las altas TGF proyectadas en los dos estudios era el hecho de que utilizaron el censo de 1986 como la población base. También se utilizaron estos datos en las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, a principios del decenio de 1990. En las proyecciones de población de las Naciones Unidas, revisadas cada 2 años, la TGF supuesta para el período de 1995 a 2000 en la República Islámica del Irán era la siguiente: en las proyecciones de 1990, 4,30; en las proyecciones de 1992, 5,40; en las proyecciones de 1994, 4,52; en las proyecciones de 1996, 4,77; en las proyecciones de 1998, 2,8. No fue sino hasta las proyecciones de 1998 cuando la División de Población aceptó la realidad del descenso de la fecundidad de la República Islámica del Irán. En el *World Population Prospects: The 2000 Revision* se proyectaba el futuro de la fecundidad para el período de 2000 a 2050 con arreglo a tres variantes. Con arreglo a las variantes alta, media y baja, para 2005-2010, la TGF de la República Islámica del Irán descendería a 2,60, 2,32, y 1,98, respectivamente. Las cifras correspondientes para el período de 2010 a 2015 serían 2,60, 2,10 y 1,60, respectivamente.

Evidentemente, los cambios de la TGF en la República Islámica del Irán han sido tan rápidos que no podían haber sido previstos por los que proyectaron el descenso de la fecundidad. Como se ha indicado anteriormente, la fecundidad en la República Islámica del Irán descendió a cerca de 2,8 en 1996, la cifra que Zanjani dudaba que se alcanzara para 2016-2021. La fecundidad ya ha caído al nivel que había pronosticado para el período de 2005 a 2010 la División de Población de las Naciones Unidas. Como afirmó Chesnais (2000, pág. 126) “el proceso de transición demográfica está avanzando más y en forma más acelerada de lo que piensan los expertos; se está ampliando y profundizando hasta un grado muy superior al que se suele suponer”.

EL FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN LA REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

El propósito del presente documento era examinar la posibilidad del descenso de la fecundidad iraní al nivel de reemplazo. Los datos presentados muestran que la fecundidad en la República Islámica del Irán ya ha descendido por debajo del nivel de reemplazo. Los factores principales que es probable que tengan que ver con la caída de la fecundidad a un nivel tan bajo se examinaron brevemente. Una pregunta que ha quedado sin respuesta se refiere a hipótesis plausibles sobre el futuro de la fecundidad iraní. ¿Volverá a aumentar la fecundidad en la República Islámica del Irán en el futuro, se estabilizará en el nivel actual o descenderá aún más?

A continuación, sostengo que la fecundidad en la República Islámica del Irán continuará descendiendo durante algunos años. También adelanto algunas conjeturas sobre la posibilidad de un aumento de la fecundidad en el futuro.

El descenso continuo de la fecundidad

Varias razones justifican nuevos descensos de la fecundidad en la República Islámica del Irán.

En primer lugar, como queda consignado en otro lugar, todavía existen importantes diferencias provinciales así como rurales y urbanas de fecundidad en la República Islámica del Irán. Algunas provincias todavía tienen una fecundidad alta, mientras que otras ya han alcanzado una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Según la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán, la TGF más alta de la República Islámica del Irán se registró en la provincia de *Sistán y Beluchistán* (4,69), mientras que en la provincia de *Gilán* la TGF fue de 1,67 durante el período de 1998 a 2000. Es muy probable que las provincias de alta fecundidad se unan a las de baja fecundidad, con lo que se reducirían aún más las diferencias entre las provincias de alta fecundidad y de baja fecundidad. Esto reducirá la fecundidad al nivel nacional más bajo. La fecundidad por debajo del nivel de reemplazo se alcanzará por la mayor parte de las provincias de la República Islámica del Irán, incluso si las características socioeconómicas no llegan a ser similares al nivel nacional. Ahora bien, es posible que esta fecundidad tan baja no se alcance con tanta celeridad en provincias remotas como *Sistán Beluchistán, Hormozgán e Ilam* como en otras provincias, debido a su diversidad étnica y religiosa. El estudio de las tendencias y niveles provinciales de fecundidad indica que aunque la tendencia de la fecundidad ha sido más o menos similar en todas las provincias del país, existen considerables variaciones entre ellas. Por tanto, un grado razonable de variación provincial es inevitable.

Segundo, el proceso de urbanización es otra razón del descenso de la fecundidad en el futuro. Según el censo de 1996, alrededor del 60% de la población vivía en zonas urbanas y se ha calculado que para 2020 esta cifra será del 75%.

Tercero, el grado de instrucción está aumentando rápidamente. Los niños de todas las clases sociales, en particular los pobres, tienen acceso a la educación, y las pequeñas diferencias de educación en la sociedad se reducirán aún más en el futuro. El grado de instrucción de las niñas ha aumentado durante los dos últimos decenios y la diferencia entre la educación de hombres y mujeres ha disminuido considerablemente. En consecuencia, en la República Islámica del Irán existe una equidad relativa entre el hombre y la mujer y la mujer tiene un papel importante en las decisiones sobre fecundidad. Aunque la tasa del empleo de la mujer sigue siendo baja, en vista de las “crecientes expectativas” de la mujer iraní (Shadi-Talab, 2001), es muy probable que su participación en la fuerza laboral aumente en el futuro. La edad de la mujer al contraer el primer matrimonio ha aumentado considerablemente. Doroudi-Ahi (2001) demostró que existe un desequilibrio entre el hombre y la mujer en cuanto a la edad al contraer matrimonio en la República Islámica del Irán; es decir, el número de mujeres en edad de contraer matrimonio es más alto que el de hombres. Esta diferencia se puede atribuir al auge de natalidad que ocurrió después de la revolución, que hizo que el número de hombres en las cohortes de más edad, que nacieron antes de la revolución, fuera mayor que el de mujeres de las cohortes más jóvenes, que son los bebés del período posterior a la revolución. La mujer estará en mucha menos demanda al aumentar el tamaño de la cohorte y, por tanto, una proporción menor de mujeres se casará. Esto redundará en un aumento de la edad de la mujer al contraer matrimonio, al menos durante el decenio próximo.

La mejora de la situación del mujer en la República Islámica del Irán tendrá un efecto negativo en la fecundidad futura. Esto está en consonancia con el argumento de “equidad de género” aducido por McDonald (2000), y apoya la hipótesis de Dyson (2002) de que uno de los principales factores del descenso de la fecundidad en los países en desarrollo es que “las mujeres se han hecho más semejantes a los hombres”. Shadi-Talab (2001) también ha señalado que “las niñas iraníes practican gradualmente la democracia en la familia y la autoridad patriarcal va disminuyendo lentamente. Aunque el cambio de actitud es un proceso muy lento, la interacción entre educación y

cambios del sistema de normas y valores se puede observar en la proporción de niñas de las provincias más pobres y lejos de sus ciudades que asisten a la universidad”.

Cuarto, como han afirmado Caldwell, Caldwell y McDonald (2000), las contribuciones de los gobiernos al control de población en los países asiáticos ha sido muy importante. Dado que el efecto del auge de natalidad posrevolucionario se dejará sentir en el decenio de 2000 a 2010, se ha llamado a ese período “el decenio de la crisis de población” [*daha-e-bohran-e-jamiyyat*] en la República Islámica del Irán. El Gobierno apoya resueltamente la reducción del número de nacimientos en este decenio. Todos los departamentos e instituciones gubernamentales pertinentes, así como las organizaciones no gubernamentales, están comprometidos a esta política. En los departamentos de planificación de la familia se distribuye una gran variedad de folletos. La política de 2 hijos (*Dos es suficiente*) se anuncia por doquier; en paradas de autobús, lugares públicos, parques, cines ¡incluso en las cajas de juguetes y de bombones! Los temas de población y planificación de la familia son asignatura obligatoria para todos los estudiantes universitarios. Todos los esfuerzos se concentran en la mejora de la salud, la ampliación de los servicios de salud reproductiva, así como en la reducción de la fecundidad en las zonas rurales y en las provincias con alta fecundidad. Estos programas no sólo afectan las actitudes de las mujeres en edad de procrear, sino que también modelarán las actitudes y al comportamiento de las generaciones jóvenes.

El resultado de la investigación cualitativa en pequeña escala que llevó a cabo el autor en 2001, sobre el comportamiento con respecto a la fecundidad de las mujeres de la provincia de Yazd, apoyaba el cambio de actitud en la sociedad hacia una norma de tamaño de familia pequeño. La mayoría de las mujeres que tenían escasa instrucción preferían 2 o 3 hijos, y no había diferencias por lugar de residencia (zona rural o urbana) o por situación económica de las mujeres (Abbasi-Shavazi y Kaveh Firouz, 2002).

Además, la eficacia de los métodos de planificación de la familia es otro factor que propicia nuevos descensos de fecundidad. Según la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán, la tasa de uso de anticonceptivos era de alrededor del 72% en 2000. Existe una pequeña diferencia entre las tasas de uso de anticonceptivos de las zonas rural y urbana. No obstante, una proporción considerable de embarazos (alrededor del 33%) todavía no eran planeados (Abbasi-Shavazi y otros, 2001). Con la mejora de la calidad de los servicios de planificación de la familia, el número de embarazos no deseados disminuirá y, en consecuencia, la fecundidad descenderá aún más.

Por último, como sostuvo Chesnais (2000), el efecto de la globalización en la vida social de otros países no se debe pasar por alto. Hoy en día, a ningún país o región específicos se los puede considerar aislados de otros países en el intercambio de ideas y cultura. Por otra parte, tampoco se puede desdeñar la capacidad de adaptación de las culturas.

La posibilidad de un aumento de la fecundidad

¿Experimentará la República Islámica del Irán o algunas de sus provincias un aumento de su fecundidad en el futuro? Algunos creen que las dificultades económicas desaparecerán dentro de algunos años y entonces la gente compensará su baja fecundidad. Otros opinan que la baja fecundidad que se ha observado puede ser temporal. La razón es que la fecundidad ha caído simultáneamente en todas las edades. La baja fecundidad de las mujeres de más edad puede haber sido una reacción a la alta fecundidad del pasado. Sin embargo, es posible que las que están teniendo baja fecundidad entre los 20 y 29 años, al llegar a la treintena tengan una fecundidad más alta que las mujeres que ahora tienen esa edad. Si esto llegara a suceder, la TGF tendería a aumentar con el tiempo. Los demógrafos definen esta situación como un efecto calendario. Ahora bien, dado el alto grado de instrucción y el cambio de valores de la generación joven, es poco probable que las parejas cambien su comportamiento con respecto a la fecundidad en el futuro. Además, el tamaño ideal de la familia de las mujeres del auge de natalidad posrevolu-

cionario, que empezarán a tener hijos el próximo decenio, es más pequeño y, por tanto, el efecto calendario supuesto puede no ser de gran magnitud.

También es posible que con el rápido descenso de la fecundidad y un ritmo más lento de crecimiento de población en la República Islámica del Irán, el gobierno pierda interés en el control de población o adopte una política pro natalidad en el futuro. Caldwell, Caldwell y McDonald (2000) señalaron que la baja fecundidad de algunos países en desarrollo ha provocado sorprendentemente escasa reacción fuera de los círculos académicos. Afirmaron que una razón de la lenta reacción del gobierno es el “impulso de población, el hecho de que las estructuras de edad todavía se están ajustando a la nueva fecundidad relativamente baja y, en la mayor parte de los casos, tardarán decenios en ajustarse plenamente”. Habida cuenta de que el Gobierno de la República Islámica del Irán se enfrenta a la perspectiva de un “auge de natalidad posrevolucionario”, no se espera que se aplique ninguna política oficial con respecto a la baja fecundidad que registra el país. Por consiguiente, la probabilidad de que se adopten políticas pro natalidad en el futuro próximo es muy remota.

El otro motivo del escaso interés que pudiera despertar la baja fecundidad en el futuro próximo es el hecho de que no todas las provincias han alcanzado una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Algunas provincias, en particular en las zonas rurales, todavía tienen una fecundidad más alta que la media nacional. Además, algunos expertos y funcionarios del Estado creen que esta baja fecundidad se debe, principalmente, a las recientes dificultades económicas por lo que, una vez superadas éstas, la fecundidad puede volver a aumentar una vez más.

Aun en el caso de que el gobierno adoptase una política pro natalidad, tal vez no afectase fácilmente las decisiones de la población respecto a la fecundidad. Las mujeres a las que se entrevistó en el estudio cualitativo en Yazd indicaron que no aumentarían su fecundidad incluso si el gobierno ofreciera algunos incentivos para ello. Los factores económicos han tenido algo que ver en el inicio del descenso de la fecundidad, pero el tamaño pequeño de la familia se ha convertido en una norma en la sociedad. Las familias que tenían una descendencia numerosa se han percatado de las desventajas que les acarrea y han tratado de controlar su fecundidad. El nivel de la futura fecundidad en la República Islámica del Irán depende de las decisiones que adopten la generación actual y la próxima. Si las próximas generaciones llegan a la conclusión de que tener una familia de tamaño pequeño es desventajoso para ellas, pueden decidir aumentar su fecundidad. Ahora bien, dada la experiencia de los países adelantados de hoy, es poco probable que la fecundidad sencillamente aumente en el futuro. Una vez aceptadas las normas de tamaño pequeño de la familia, sería difícil cambiarlas, al menos en un plazo relativamente corto.

Algunos podrán aducir que, mientras existan preferencias de sexo en la sociedad, es probable que la fecundidad se mantenga alta o que no descienda más. Las últimas estadísticas han demostrado que la preferencia de sexo y, en particular, la preferencia por hijos varones, ya no es un factor en las decisiones de fecundidad. A las mujeres entrevistadas en la encuesta demográfica y de salud de la República Islámica del Irán les preguntaron cuál era su actitud respecto al sexo de su próximo hijo. La mayoría de ellas no tenía una preferencia respecto al sexo de sus futuros hijos. Es interesante que la mayoría de las mujeres que declararon tener una preferencia indicaron que preferirían niñas a niños. Esto va en contra de la opinión general de que la preferencia por los hijos varones es uno de los factores de la alta fecundidad en los países en desarrollo en general, y en los países asiáticos en particular.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

En el presente documento se han examinado las tendencias de fecundidad de la República Islámica del Irán a lo largo de los últimos tres decenios. La tasa global de fecundidad descendió moderadamente durante los primeros años de 1970, antes de aumentar

después de la revolución debido a la suspensión de los programas de planificación de la familia. El decenio que siguió a la revolución de 1979 se caracterizó por la ideología pro natalidad del gobierno islámico, aunque no se adoptó ninguna política concreta de población. La ideología pro natalidad tuvo un ligero efecto en la fecundidad durante unos pocos años a comienzos del decenio de 1980, y las parejas empezaron a controlar su fecundidad para mediados de dicho decenio, bastante antes de que se instaurase de nuevo el programa de planificación de la familia en 1989. Kaveh-Firouz (2002) afirmó que políticas implícitas del gobierno tales como la mejora de los servicios de salud, el desarrollo rural y la expansión de la educación pro todo el país han contribuido indirectamente al comienzo del descenso de la fecundidad en el decenio de 1980 e, indudablemente, contribuyeron al éxito del programa de planificación de la familia del último decenio.

Los datos presentados en este documento han mostrado el abrupto descenso de la fecundidad registrado en la República Islámica del Irán en los últimos años. La fecundidad global ha alcanzado recientemente el nivel de reemplazo. La fecundidad en las zonas urbanas es deficitaria y en las zonas rurales se acerca también al nivel de reemplazo. Por tanto, la cuestión de alcanzar la fecundidad de reemplazo en la República Islámica del Irán ha perdido pertinencia. El fenomenal descenso que ha tenido lugar en la República Islámica del Irán es algo distinto del que se ha registrado en los países adelantados, ya que se produjo en tan poco tiempo y afectó a todas las zonas del país y a las mujeres de todos los grupos de edad simultáneamente. Las proyecciones formuladas para la República Islámica del Irán durante el último decenio no han correspondido a la realidad, ya que, en su mayoría, sobreestimaron el nivel de fecundidad del país. La proyección media del 2000, de la División de Población de las Naciones Unidas para la República Islámica del Irán, para el período de 2010 a 2015, ya se ha alcanzado. Sostengo en el presente documento que la fecundidad en la República Islámica del Irán descenderá más, aunque el descenso no será tan rápido como lo ha sido durante el último decenio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi-Shavazi, M. J. (de próxima aparición). Convergence of fertility behaviours in Iran: Provincial fertility levels, patterns and trends: 1972-2000. *Journal of Social Sciences* [persa].
- _____ (2001a). Below-replacement fertility in Iran: Progress and prospects. Documento presentado en el seminario sobre fecundidad baja: Tendencias, teorías y políticas, Tokio, 21 a 23 de marzo.
- _____ (2001b). La fécondité en Iran: L'autre révolution. *Population et sociétés*, No. 373, págs. 1 a 4.
- _____ (2000). Effects of marital fertility and nuptiality on fertility transition in the Islamic Republic of Iran: 1976-1996. Documento de trabajo en *Demography*, No. 84. Canberra: Demography Program, Universidad Nacional Australiana.
- _____ y Kaveh Firouz, Z. (2002). Qualitative study of the culture of fertility in Yazd [persa]. Informe inédito. División de Investigaciones de Población, Instituto de Investigaciones y Estudios Sociales, Universidad de Teherán, Teherán.
- Abbasi-Shavazi, M. J., A. Mehryar, B. Delavar y M. Hosseini (2001). Unintended fertility in the Islamic Republic of Iran: trends and correlates. Documento presentado en la conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Salvador, 18 a 24 de agosto.
- Abdollahyan, H. (2001). Conceptualizing gender gap in Iran. Documento presentado ante el Canadian Sociological and Anthropological Association Congress, Quebec, 28 de mayo a 3 de junio.
- Agha, H. (1985). Study of fertility in Iran and its relation with socio-economic indicators based on the Iran Fertility Survey. Centro de Estudios de Población, Universidad de Shiraz.
- Amani, M. (1970). Births and fertility in Iran. División de Investigaciones de Población, Instituto de Investigaciones y Estudios Sociales, Universidad de Teherán, Teherán.

- Caldwell, J., Caldwell y McDonald, P. (2000). Consequences of low fertility and policy responses: a global perspective, en *Low Fertility and Policy Responses to Issues of Ageing and Welfare*, Instituto de Asuntos Sociales de Corea y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Seúl: KIHASA.
- Chesnais, J. C. (2000). Determinants of below-replacement fertility. *Below Replacement fertility, Population Bulletin of the United Nations*, Nueva York, págs. 126 a 136.
- Doroudi Ahi, N. (2001). Marriage and sex imbalance in ages at marriage: Marriage squeeze in Iran, 1966-1996. Tesis para el título de Master. Departamento de Demografía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Teherán, Teherán.
- Dyson, T. (2002). On the future of human fertility in India. Documento preparado para la Reunión del grupo de expertos sobre la terminación de la transición de la fecundidad. División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, 11 a 14 de marzo.
- Kaveh-Firouz, Z. (2002). Population policy change and its effects on fertility trends in Iran over the last three decades. Tesis para el título de Master, Departamento de Demografía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Teherán, Teherán.
- Ladier-Fouladi, M. (1997). The fertility transition in Iran. *Population: An English Selection*, vol. 9, págs. 191 a 214.
- McDonald, P. (2000). Gender equity in theories of fertility transition. *Population and Development Review*, vol. 26, No. 3, págs. 427 a 440.
- Mehryar, A. H., B. Delavar, M. Hosseini, G. Farjadi y M. Naghavi (2001). Iranian miracle: how to raise contraceptive prevalence rate to above 70% and cut TFR by two-thirds in less than a decade? Documento presentado en la conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Salvador, 18 a 24 de agosto.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).
- Organización de Registros Civiles (2001). Estadísticas vitales. Cifras inéditas, Teherán, República Islámica del Irán.
- Shadi-Talab, J. (2001). Iranian women: Rising expectations. Documento presentado en MESA, 27 a 28 de noviembre, Florida.
- Zanjani, H. (1992). Study of Fertility in Iran. Centro de Investigaciones Urbanas, Ministerio de la Vivienda, Teherán.

RECONOCIMIENTOS

El presente documento se basa en los resultados de un proyecto titulado *Fertility Transition in Iran: Demographic Similarity within Socio-economic Diversity* (Transición de la fecundidad en el Irán: Similitud demográfica en la variedad socioeconómica), financiado por el Wellcome Trust (Ref: 061067/Z/00/Z). Las valiosas observaciones de Peter McDonald y Marie Ladier-Fouladi, el apoyo de Bahram Delavar y Nemat Nassiri, que facilitaron los datos necesarios para el presente documento, y la asistencia de Meimnat Hosseini y Nahid Doroudi, se reconocen con profunda gratitud. Algunas secciones del presente documento se basan en Abbasi-Shavazi (2001b).

La fecundidad en Israel: ¿se vislumbra la transición al nivel de reemplazo?

*Dov Friedlander**

INFORMACIÓN GENERAL: LA FORMACIÓN DEL MOSAICO ÉTNICO-RELIGIOSO

La dinámica de los patrones de fecundidad de Israel gira en torno a tres dimensiones sociodemográficas principales: religión, etnia y estructura socioeconómica. Judíos, musulmanes, árabes, árabes cristianos y árabes drusos son los principales grupos etno-religiosos. La segunda dimensión es la etnia entre la población judía. Existe una distinción entre las poblaciones de origen europeo o americano (denominadas europeo-americanas) y las oriundas del Oriente Medio o África del Norte (denominadas asiático-africanas). En los últimos dos o tres decenios, el papel de la etnia en los patrones de fecundidad de la población judía se ha atenuado, mientras que la religiosidad y la situación socioeconómica han pasado a ser los principales factores diferenciadores de la fecundidad alta y baja.

Después de una breve sección de introducción, examino algunas consideraciones teóricas respecto a los procesos de la fecundidad en general. Seguidamente, aplico esta estructura teórica a los diversos subgrupos de población de Israel.

La población judía (que comprende cerca de cuatro quintas partes de la población de Israel) ha crecido y se ha desarrollado, principalmente, como resultado de la importante corriente de inmigración que tuvo lugar en el siglo XX. Hasta la fundación del Estado en 1948, la inmigración procedía predominantemente de países de Europa central y oriental (en particular, de Polonia, la ex URSS, Rumania, Alemania y Austria). En los tres años siguientes a la fundación del Estado en 1948, la población judía se duplicó, sobre todo través de la ola de inmigración en masa. Casi el 50% de los 690.000 inmigrantes que llegaron durante ese período procedían de países musulmanes del Oriente Medio (en particular Iraq, Yemen, Turquía y República Islámica del Irán) y del Norte de África (Marruecos, Argelia, Túnez, Jamahiriya Árabe Libia y Egipto), mientras que el resto eran, en su mayor parte, europeos, entre los que figuraba un gran contingente de refugiados de la Segunda Guerra Mundial. La inmigración de los países asiáticos se concentró en los primeros años después del establecimiento del Estado, mientras que la inmigración de los países africanos y europeos (y más tarde de los americanos) fue llegando a lo largo de un período más prolongado. Estos inmigrantes establecieron una sociedad judía caracterizada por distintas culturas, idiomas y regímenes demográficos. Las diferencias eran especialmente marcadas entre los judíos europeo-americanos y los procedentes de los países asiático-africanos. En particular, las tasas globales de fecundidad a comienzos del decenio de 1950 eran de poco más de 3 hijos por mujer entre el grupo étnico europeo-americano (tasa similar a la de muchos países europeos de aquella época) y de 5,5 a 6,0, entre los del grupo étnico asiático-africano (similar a la de muchos países menos desarrollados de aquella época).

Como se ha señalado anteriormente, las diferencias religiosas tendían a acrecentarse con el tiempo, mientras que las diferencias étnicas han ido disminuyendo. En particular,

* Departamento de Estudios de Población, La Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel.

cada uno de los dos grupos étnicos judíos principales contiene un subgrupo de población ortodoxa que tiene una fecundidad muy superior al promedio de su grupo. Se pueden señalar dos subgrupos religiosos: la población nacional religiosa y el grupo ultraortodoxo. La tasa de fecundidad combinada de estos dos subgrupos ha sido alta, probablemente de alrededor de 5,5 nacimientos por mujer en el decenio de 1950. Entre estos dos grupos, el ultraortodoxo tuvo la tasa más alta, más de 6 nacimientos por mujer en el decenio de 1950. Una consecuencia importante de este hecho es que, con estas altas tasas de fecundidad y una esperanza de vida relativamente alta, se puede esperar que, en igualdad de circunstancias, el peso relativo de la población ortodoxa aumente con el tiempo.

En general, la tasa global de fecundidad de toda la población judía, a comienzos del decenio de 1950, era de alrededor de 3,9 nacimientos por mujer, promedio de los muy variados niveles de fecundidad de los dos principales grupos étnicos, incluidos sus subgrupos religiosos. Israel era en aquel tiempo un país relativamente moderno y se esperaba que los recién llegados de los países de Asia y África experimentarían una transformación socioeconómica y cultural, entre otros aspectos, en sus patrones de fecundidad (Goldscheider, 1996). Demostraremos que, entre los tres subgrupos de la población judía, el nacional y el ultraortodoxo (de ambas etnias) y los grupos laicos asiático-africano y europeo-americano, los dos últimos terminaron su transición de fecundidad en dos o tres decenios, el nacional ortodoxo ha mantenido su fecundidad moderadamente alta, mientras que la población ultraortodoxa ha ido aumentando su fecundidad con el tiempo. Cabe señalar que la distinción entre subgrupos religiosos y laicos en lo que se refiere a patrones de fecundidad y otras características sociodemográficas es problemática, ya que la religiosidad no consta en ningún registro oficial ni en los censos. Por consiguiente, siempre que se citan cifras por religiosidad en el presente documento, se basan en varios tipos de estimaciones indirectas.

La población árabe, que comprende cerca de una quinta parte de la población de Israel, consta de tres grupos religiosos principales. El más numeroso es el musulmán (80%), seguido de los cristianos (11%), y el más pequeño es el de los drusos (9%) de la población árabe. La población árabe ha residido en el país a lo largo de muchas generaciones. Palestina era un país no desarrollado durante los primeros decenios del siglo XX. La economía de la población árabe se basaba en un régimen feudal agrario y el poder político estaba en manos de los jefes del *Hamule* (grupo de familias organizado con arreglo a un régimen patriarcal) y de los jefes de la familia extensa. Para la familia extensa, cuya base económica era la agricultura de subsistencia, el tamaño grande de la familia era beneficioso porque los hijos contribuían a la economía de la familia desde una edad temprana, mientras su consumo era limitado. Por tanto, los árabes de todas las religiones tenían tasas globales de fecundidad de alrededor de 7,5 a 8,0 nacimientos por mujer.

Todos los grupos religiosos árabes experimentaron importantes cambios socioeconómicos durante varios decenios bajo el dominio británico, de 1917 a 1948. No obstante, las características peculiares así como la intensidad y el calendario de esos cambios fueron muy distintos entre estos grupos. El cambio socioeconómico se produjo antes y fue más rápido entre los cristianos que entre los musulmanes y los drusos. Mientras que la fecundidad entre los cristianos empezó a disminuir en el decenio de 1930, entre los musulmanes y los drusos se mantuvo en niveles altos durante otros dos o tres decenios. Mostramos que todos estos grupos religiosos experimentaron reducciones de fecundidad considerables a partir del decenio de 1960, pero la fecundidad de la población musulmana siguió siendo alta.

LOS PROCESOS DEL CAMBIO DE LA FECUNDIDAD: ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La perspectiva teórica desde la que se evalúan los patrones de fecundidad en el presente documento es que los patrones de procreación son de importancia funcional para la familia, que actúa con arreglo a un sistema de tensión y respuestas, dentro de determinadas caracte-

terísticas culturales. Se define la tensión como una discrepancia creciente entre el bienestar actual y el que se podría lograr (o al que se podría aspirar) con una modalidad distinta de comportamiento, demográfico de otra índole (Davis, 1963). Esta perspectiva pone de relieve el efecto de las cambiantes características socioeconómicas de la sociedad o la comunidad en los costos y beneficios que los hijos representan para sus padres, como la principal explicación del cambio de fecundidad. Los costos y beneficios de los hijos son funciones de los papeles de los hijos en la familia con arreglo a diversas condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas en un tipo determinado de comunidad (Friedlander y Okun, 1996). De aquí que los niveles de fecundidad de una población puedan aumentar o disminuir cuando las modalidades de formación de la familia llegan a ser incompatibles con la nueva estructura socioeconómica (Davis y Blake, 1954). En el plano familiar significa que, en alguna etapa del período reproductivo, se tiene que resolver el conflicto entre un nacimiento adicional y el logro de metas antagónicas (como la mejora del nivel de vida). Cuando surge este conflicto, cabe esperar que una proporción de familias responda con el aplazamiento de un nacimiento adicional, dada la factibilidad y conveniencia del conjunto íntegro de respuestas. Esta intervención en los patrones de procreación puede dar por resultado un aplazamiento permanente o un aplazamiento temporal de la procreación hasta que se opte por un nacimiento adicional. En consecuencia, se pueden producir cambios en el espaciado de los nacimientos y la limitación del tamaño de la familia que, a su vez, alteran los niveles de fecundidad en la comunidad (Friedlander y otros, 1980).

EL CAMBIO SOCIOECONÓMICO Y LAS TRANSFORMACIONES DE LA FECUNDIDAD ENTRE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN DE ISRAEL DESDE EL DECENIO DE 1950

La población laica de origen europeo o americano

Este grupo de población, incluidos los inmigrantes de la tercera generación, comprendía más del 30% de la población durante el decenio de 1970. Su fecundidad ha sido relativamente baja durante más de tres cuartos de siglo, al igual que la de las poblaciones occidentales. Experimentó un auge de natalidad a finales del decenio de 1940 y durante el de 1950 y seguidamente inició su descenso hacia la fecundidad de reemplazo. El grado de instrucción de esta población ha sido alto durante un largo período y ha ido aumentando con el tiempo. La situación profesional ha sido relativamente alta y la participación de la mujer en la fuerza laboral se ha duplicado con creces entre el decenio de 1960 y el final del siglo. De aquí que las aspiraciones a tener hijos de “calidad” y a disfrutar de altos niveles de vida llegaran a ser cada vez más incompatibles incluso con una fecundidad moderadamente alta, en particular, dado que ambos progenitores solían participar en la fuerza laboral o dedicarse a actividades económicas autónomas. En consecuencia, su tasa global de fecundidad descendió a 2,5 en el decenio de 1970 y a niveles de reemplazo hacia finales del de 1990. Este grupo comprende cerca del 40% de la población total, incluidos los inmigrantes de la ex Unión Soviética de comienzos del decenio de 1990.

La población de origen asiático y africano

Como se ha indicado anteriormente, la mayoría de los integrantes de este grupo inmigraron entre finales del decenio de 1940 y el de 1960 de países menos desarrollados, caracterizados por tasas altas de fecundidad y de mortalidad. Antes de la inmigración, su comportamiento era de orientación religiosa y su vida social giraba en torno a la familia y la comunidad judía. Su actividad económica se basaba principalmente en pequeñas empresas regentadas por la familia. Por tanto, la familia numerosa era funcional en relación con estos entornos económicos y sociales. La tasa global de fecundidad fluctuaba entre 5 y 6. Los inmigrantes de primera generación eran, en general, un grupo tradicional,

religioso, pero fue sólo después de la inmigración cuando un sector de esta población adoptó el modo de vida ultraortodoxo. Este sector ultrarreligioso ha ido aumentando con el paso del tiempo, lo que ha afectado considerablemente las características de este grupo étnico y, de hecho, de toda la población judía. Más adelante, en otra sección, nos volveremos a ocupar de este grupo ultraortodoxo.

La formación de un sector más secular de la población de origen asiático y africano

Este grupo tendió a asimilarse con bastante rapidez en la población general en varios aspectos. Una gran proporción de esta población abandonó las actividades económicas familiares para ir a trabajar como obreros contratados o empleados a las grandes empresas industriales. Aceptó una educación moderna para sus hijos en sustitución de la educación religiosa tradicional anterior a la inmigración. Modernizó su comportamiento de consumo. Como resultado de estos cambios, los costos directos e indirectos de tener y criar hijos aumentó después de la inmigración. En esta población se registraron cambios radicales en estructuras de la familia, tasas de mortalidad y una serie de otras transformaciones sociodemográficas después de la inmigración. En estas condiciones de discontinuidad estructural y rápida transformación socioeconómica, el mantenimiento de una fecundidad alta habría generado tensiones en la familia. De aquí que el proceso del descenso de la fecundidad en este grupo de población empezase poco después de su llegada a Israel y fuera bastante rápido, sin intervención del Estado y con medios de planificación de la familia relativamente simples (Okun, 1997). La tasa global de fecundidad, que era de 5 a 6 antes de la inmigración, descendió a ligeramente por encima de 3 a comienzos del decenio de 1970 y se acercó al nivel de reemplazo (2,2 nacimientos por mujer) hacia finales del de 1990. Este grupo representa actualmente cerca del 30% de la población total de Israel.

La población árabe

La población árabe, en particular la musulmana, ocupa un lugar mucho más bajo que los judíos en la escala socioeconómica. Esta diferencia tiene raíces históricas y no ha cambiado mucho en el medio siglo transcurrido desde la fundación del Estado de Israel. El principal factor de esta disparidad socioeconómica es la diferencia de estructura de oportunidad entre las poblaciones judía y árabe, en particular la musulmana. No sólo existen grandes diferencias de recursos humanos entre judíos y árabes, sino que incluso para los árabes con un grado de instrucción relativamente alto, es difícil tener acceso al empleo de categoría más alta. Esta diferencia de estructura de oportunidad da por resultado una reducción de la motivación para alcanzar grados más altos de educación entre los árabes. Esto, junto con la discriminación oficial en la calidad entre las escuelas judías y árabes, explica por qué el grado de instrucción de la población musulmana no sólo ha sido el más bajo de los principales grupos de población, sino que, a lo largo del tiempo, ha descendido el número de los que han cursado estudios postsecundarios.

La heterogeneidad, que caracteriza a la población israelí, es también una característica de la población árabe. Una gran proporción de musulmanes y de drusos reside en aldeas que han crecido desmesuradamente, mientras que la población cristiana es predominantemente urbana. La población cristiana tiene un situación socioeconómica más alta que la de los musulmanes o los drusos en varios aspectos, como el grado de instrucción, la situación profesional, el ingreso, etc. No obstante, cabe señalar que la proporción de cristianos en la población árabe es sólo de alrededor del 11%, de manera que el efecto de sus niveles socioeconómicos más altos en los de la población árabe en conjunto, es muy pequeño.

La población cristiana, que ha estado en la etapa más alta de la modernización socioeconómica desde el decenio de 1930, ha experimentado importantes descensos de fe-

cundidad, de una tasa global de fecundidad de 7,5 a 3,6 a comienzos del decenio de 1970 y a 2,5 el año 2000. Por tanto, en la población árabe cristiana es probable que continúe el descenso hacia la fecundidad de reemplazo. La población drusa está entre los grupos de población árabe cristiana y musulmana en cuanto a su situación socioeconómica y tasa global de fecundidad. Ésta descendió a 7,2 a principios del decenio de 1970 y a 3,0 a finales del de 1990.

Los patrones de fecundidad más interesantes de los tres grupos religiosos árabes son los del grupo de mayoría musulmana. Su tasa global de fecundidad a comienzos del decenio de 1940 fluctuaba alrededor de 7,5 y 8, y alcanzó una marca sin precedentes de 9,3 en el decenio de 1960. A partir de entonces empezó a disminuir, hasta alcanzar una tasa de 4,6 a mediados del decenio de 1980, en la que se mantuvo hasta finales del año 2000. ¿Cómo puede interpretarse este patrón en evolución constante? El aumento registrado hasta finales del decenio de 1960 se puede atribuir a varios factores, por ejemplo, las mejoras registradas desde el decenio de 1940 en los servicios de salud, en la disponibilidad de bienes de consumo modernos, en los niveles de vida en general y muy probablemente, en el carácter exhaustivo de los registros de nacimiento. Otras interpretaciones que se han propuesto estaban relacionadas con la administración militar israelí, bajo la cual vivió la población árabe hasta principios del decenio de 1960. Esto dificultó las comunicaciones y las relaciones sociales con el sector judío. En estas circunstancias, varios organismos administrativos estatales consideraron conveniente tratar con la minoría árabe a través de sus instituciones políticas tradicionales: el *Hamule*. De este modo, el poder económico y social que se transmitía por estos organismos estatales a las instituciones tradicionales y la importancia del tamaño de población del *Hamule* para su poder en relación con otros *Hamules*, no era un aliciente para que las familias limitaran el número de sus hijos. Se ha sugerido que algunos de los cambios que acabamos de mencionar actuaron, a través de la limitación de la lactancia, a favor de un aumento de la fecundidad hasta el decenio de 1960 (Schellekens y Eisenbach, 2001).

Dos cuestiones quedan todavía por responder. Primera, ¿qué explicación tiene el rápido descenso de la fecundidad musulmana a cerca de la mitad del nivel del decenio de 1960 en menos de dos decenios? Segunda, ¿por qué se interrumpió el descenso de la fecundidad a partir del decenio de 1980 y se mantuvo en niveles moderadamente altos, de más de 4,5 nacimientos por mujer? Estas cuestiones todavía no han sido suficientemente analizadas y nosotros proponemos nuestra interpretación, que se basa en cambios socioeconómicos y políticos que es probable que hayan afectado al comportamiento de fecundidad de la población musulmana de conformidad con las consideraciones teóricas señaladas *supra*.

La administración militar terminó a comienzos del decenio de 1960, lo que dio por resultado un aumento de las relaciones económicas y sociales con el sector judío. A partir de entonces, la agricultura, principal actividad económica de la población musulmana de aquel tiempo, empezó a modernizarse, lo que se relacionó con un rápido descenso del porcentaje de familias que dependían de la agricultura. En igualdad de circunstancias, se puede suponer que el tamaño grande de la familia da lugar a tensiones más fuertes con los procesos de modernización en el sector no agrícola que en el agrícola. Asimismo, las relaciones con el sector judío introdujeron nuevos bienes de consumo, más costosos, que no se podrían obtener en condiciones de alta fecundidad. La ley de la obligatoriedad de la enseñanza primaria, aprobada en el decenio de 1950, suponía que todos los niños que hasta entonces habían sido una fuente de beneficios para la familia desde una tierna edad, se convertían en una carga económica. Todos estos cambios tendían a generar tensiones, debido a los costos cada vez más elevados de la crianza de los hijos, que podrían aliviarse limitando la procreación. Ahora bien, otro cambio, que tuvo el efecto contrario, fue la ley de prestaciones por hijos a cargo, en vigor a partir de 1959, que preveía pagos mensuales a las familias según el número de hijos que tenían. Evidentemente, la contribución de estas prestaciones al bienestar de la familia aumentaba con el tamaño de ésta, lo que era de especial importancia en el caso de las familias de ingreso bajo. Un análisis preciso, que

podría sugerir el comportamiento de procreación “óptimo” en cada paridez, con arreglo a las nuevas condiciones socioeconómicas, es complicado. No obstante, sugerimos que el efecto neto de todos esos cambios fue propicio al comienzo al descenso de la fecundidad.

La tasa global de fecundidad, que para 1985 había descendido a la mitad de su valor en 1965, se mantuvo casi constante a lo largo de los 14 años siguientes. En realidad, entre 1985 y 2000, la tasa global de fecundidad de la población musulmana fluctuó entre 4,6 y 4,8 nacimientos por mujer. ¿Por qué se interrumpió el descenso de la fecundidad en un nivel tan alto? Todavía no se ha llevado a cabo un análisis que explique este patrón de fecundidad. Nuestra interpretación es que la modernización de los patrones de procreación de la población musulmana, que están relacionados con el cambio socioeconómico, no fue suficientemente rápida. Aunque la intensificación de las relaciones económicas y sociales con el sector económico judío a partir del decenio de 1960 dio por resultado la aparición del conflicto con la familia muy grande (TGF = 9,15), aparentemente, el cambio socioeconómico no fue suficiente para generar nuevos descensos de fecundidad. Todavía persiste una gran diferencia de estructura de oportunidad entre las poblaciones judía y musulmana. Un ejemplo conspicuo de la continua discriminación es la baja calidad de la enseñanza primaria y secundaria en las zonas residenciales árabes. No es de sorprender que haya disminuido el número de alumnos que cursan estudios de enseñanza postsecundaria. La discriminación en el mercado de trabajo no ofreció ningún incentivo a las familias para invertir en la educación de la generación joven, lo que redujo el costo de tener y criar hijos. Además, las generosas prestaciones por hijos a cargo tienen un efecto pro natalidad, en particular en las familias menos acomodadas, para las que esas prestaciones representan una importante proporción de su ingreso. Es nuestra conclusión que en esas condiciones, una fecundidad moderadamente alta es ventajosa para una gran proporción de familias musulmanas.

La población judía nacional y la ultraortodoxa

En esta sección nos ocupamos principalmente de los dos grupos ultrarreligiosos (de origen europeo o asiático-africano), porque constituyen una gran parte de la población judía religiosa y porque su fecundidad es la más alta. Aquí nos referimos a ellos como un grupo. En comparación con el ultraortodoxo, el grupo nacional ortodoxo se puede caracterizar como un grupo de fecundidad moderadamente alta y, en muchos aspectos, es muy diferente del grupo ultraortodoxo. Se ha dicho que las raíces de los grupos religiosos de Israel hay que buscarlas en el período de emancipación y de ilustración de la Europa del siglo XIX. Dos grupos se han identificado históricamente, uno, el grupo de transculturación, favoreció la promoción del contacto cultural con el mundo exterior, sin renunciar a la cultura y las creencias judías. El grupo religioso nacional contemporáneo ha adoptado esta ideología. El segundo era el grupo contra-transculturación, que propugnaba la renuncia al modo de vida contemporáneo para proteger los modos de vida tradicionales. El grupo ultraortodoxo de Israel tiene su origen en esta corriente ideológica. De hecho, el grupo ultraortodoxo de Israel “se esfuerza por mantenerse apartado no sólo de todos los aspectos de la cultura del mundo exterior, sino también de las personas o cosas que, por haber pasado cerca o a través de ese mundo, son portadoras de elementos contaminantes” (Heilman y Friedman, 1991).

¿Cómo se puede explicar la alta fecundidad (TGF de cerca de 7,0) de este grupo? Nosotros sostenemos que es la estructura socioeconómica de este grupo la que hace la alta fecundidad beneficiosa, si no para la familia individual, para la comunidad y su establecimiento político. Este grupo tiene su propio sistema de educación independiente, que es la clave de su supervivencia intergeneracional en un mundo exterior muy materialista. La educación comienza a una edad muy temprana y los estudiantes varones permanecen en las instituciones docentes más avanzadas (yeshivas) hasta pasados los 30 o los 40 años. Las mujeres están consideradas como el apoyo de los eruditos y, en muchas familias ultraortodoxas son la principal fuente de ingreso. Se dedican a muy diversas ocupaciones, como

maestras —en una población cada vez más joven— y, en particular, tienen empleos que no entrañan la necesidad de mezclarse con personas del mundo exterior.

El matrimonio es concertado y se contrae a una edad muy temprana. Se espera que las parejas tengan su primer hijo poco tiempo después del matrimonio y la fecundidad alta es la norma que se insta a seguir durante la vida del matrimonio (Heilman y Friedman, 1991). Es obvio que los muchos años de educación de los hombres, el matrimonio y la formación de la familia tempranas, la alta fecundidad y el rápido crecimiento de población son características sociales que requieren recursos económicos superiores a los que se generan en la comunidad ultraortodoxa ¿De dónde provienen esos recursos económicos adicionales? la fuente principal es la sociedad de Israel en general, a través de generosas prestaciones estatales por hijos a cargo, subsidios de vivienda para parejas religiosas jóvenes, etc. Otra importante fuente son los fondos específicos que asignan a las familias sus propias instituciones comunitarias y que están garantizados por varias autoridades oficiales. Estos fondos se han concedido durante años, como parte de los acuerdos de coalición entre los partidos ultraortodoxos y los principales partidos políticos de derecha o de izquierda. Por tanto, se ha dicho que la comunidad ultraortodoxa vive en una relación ambivalente con la sociedad en su sentido más amplio. Rechaza los valores de este mundo más amplio, al mismo tiempo que depende de él. Por tanto, aunque las familias de esta comunidad son las más pobres, al menos en la población judía no hay conflicto con la fecundidad alta siempre que las mujeres puedan trabajar mientras sus hijos están en la escuela durante todo el día o en régimen de pensionado sin costo alguno para sus padres, donde les inculcan las normas de su comunidad. No sólo las prestaciones por hijos a cargo, sino también los fondos públicos administrados a través de la comunidad, se asignan parcialmente en relación con el tamaño de la familia, con efectos evidentemente pro natalidad. De aquí que la estructura socioeconómica de la población ultraortodoxa, su sistema interno de educación y su poder político en la sociedad de Israel sean conducentes a su supervivencia como grupo de alta fecundidad, cuyas familias se atienen a las normas de la comunidad de matrimonio precoz universal y alta fecundidad continua.

LAS PERSPECTIVAS DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD HACIA NIVELES DE REEMPLAZO

Con el análisis anterior se trató de demostrar que la sociedad de Israel se caracteriza por la heterogeneidad y el contraste en muchos aspectos, uno de los cuales es el nivel de fecundidad de los distintos grupos de población. Si bien las diferencias de fecundidad durante los decenios de 1950 y 1960 se basaban principalmente en la religión, la etnia y el nivel socioeconómico, las diferencias étnicas han desaparecido y han sido reemplazadas por las diferencias religiosas. Para el quinquenio de 1995 a 2000 podemos señalar cuatro importantes grupos de población en relación con sus tasas globales de fecundidad y sus porcentajes aproximados en la población:

- El grupo judío laico de ambas etnias (67% a 70%) con una TGF de 2,0-2,2
- La población árabe cristiana (2%) con una TGF de 2,6
- Los árabes musulmanes y drusos (16%) con una TGF de 4,0
- Los judíos ultraortodoxos y los ortodoxos nacionales (12% a 15%) con una TGF de 6,0 a 7,0
- TGF general de Israel 2,9

¿Cuál es nuestra evaluación de los cambios que se puede esperar que se produzcan en la fecundidad de Israel en los próximos dos o tres decenios? Todo depende de los cambios que es probable que se produzcan en las modalidades del matrimonio y la fecundidad de los matrimonios de distintos grupos, de sus cambiantes proporciones en la población y de la inmigración. El volumen de inmigración puede aumentar o disminuir inespera-

damente. Por ejemplo, la llegada de unos 900.000 inmigrantes de la ex Unión Soviética a principios del decenio de 1990 dio lugar a un aumento considerable de la proporción de la población de baja fecundidad de Israel.

Las perspectivas del descenso de la fecundidad en los principales grupos de población

Empezamos con el nivel de fecundidad de la población judía laica, que es cercano al de reemplazo. Parece poco probable que la tasa global de fecundidad de este grupo cambie lo suficiente para tener un efecto más que marginal en la tasa global de fecundidad de Israel. Sin embargo, otra ola de inmigración en gran escala puede incrementar la proporción de la población no ortodoxa de baja fecundidad y, a su vez, conducir a un descenso de la tasa global de fecundidad.

La población árabe cristiana puede muy bien sumarse al grupo judío laico en un nuevo descenso de su fecundidad. No obstante, debido a que la proporción de la población árabe cristiana es tan pequeña, ese posible cambio no puede tener un efecto de consideración en la tasa global de fecundidad.

Se ha clasificado a la minoría drusa con la población musulmana, aunque su fecundidad es sólo moderadamente alta en relación con la de los musulmanes y ha descendido en los últimos años. Ningún posible cambio en los patrones de fecundidad de este grupo puede afectar considerablemente la tasa global de fecundidad de Israel, ya que representan una proporción muy reducida de la población.

Evidentemente, el más importante de los grupos religiosos árabes, por su efecto en la fecundidad árabe y en la fecundidad general de Israel, es el de la población musulmana. En nuestra opinión, la fecundidad de la población musulmana ha alcanzado cierto tipo de equilibrio entre el tamaño de la familia, por una parte, y la estructura de oportunidad en lo que se refiere a educación, mercados de trabajo y prestaciones por hijos a cargo, por otra. La verificación de esta hipótesis demostraría que el cambio de fecundidad se produce cuando existe un conflicto entre los patrones existentes y la estructura socioeconómica con arreglo a la cual las familias tienden a regular su comportamiento reproductivo. Su objetivo en esta regulación es aumentar su propio bienestar a corto plazo y esto no tiene conexión con ningún objetivo de macronivel como los niveles de reemplazo o el crecimiento cero de la población. La aceptación de este postulado supone que, a menos que se produzca un cambio radical hacia una igualación de la estructura general de oportunidades entre las poblaciones árabe y judía, hay escasas oportunidades de que se produzca un descenso de consideración en los niveles de la fecundidad musulmana. Ahora bien, este cambio sociopolítico radical no se vislumbra de momento. Es nuestra opinión, por tanto, que un descenso de la fecundidad musulmana es poco probable en el futuro previsible.

Los judíos ultraortodoxos constituyen un grupo aparte dentro de la sociedad de Israel. Su ideología religiosa, en particular su insistencia en la alta fecundidad, ha estado respaldada por manipulaciones políticas durante largos años. Su representación en el Parlamento de Israel, el *Knesset*, es mayor que su proporción en la población, debido a su atractivo entre algunos miembros de baja categoría del grupo étnico asiático-africano. La población ultraortodoxa, que apoya a los dos principales partidos políticos, ha mantenido el equilibrio del poder político de la mayoría de los gobiernos, de izquierda o de derecha. En consecuencia, han conseguido transformar el poder político en apoyo financiero directo para su sistema independiente de educación, en generosas prestaciones por hijos a cargo para familias numerosas, proyectos de vivienda muy subvencionados para parejas jóvenes y otras ventajas. Se puede suponer que mientras perduren estas realidades políticas en la sociedad de Israel, la fecundidad de la población ultraortodoxa seguirá siendo muy alta. Incluso si la estructura política cambia, lo que parece muy poco probable, pasarán años antes de que las tasas de crecimiento de esta población descienda a niveles más bajos, en parte debido a su estructura de edad extremadamente joven.

Los futuros niveles de fecundidad de la población de Israel

Aproximadamente el 30% de la población de Israel se puede caracterizar por una fecundidad que oscila entre alta y muy alta. Hemos sostenido que las posibilidades de un descenso de la fecundidad entre estos grupos son extremadamente remotas. Aproximadamente el 70% de la población de Israel se puede caracterizar como grupos de baja fecundidad, con niveles de reemplazo o cercanos al reemplazo. Por consiguiente, nuestra conclusión es que la tasa global de fecundidad de Israel se mantendrá en torno a 2,5 ó 3,0, probablemente más cerca de 3,0.

BIBLIOGRAFÍA

- Friedlander D., Z. Eisenbach y C. Goldscheider (1980). Family-Size Limitation and Birth Spacing: The Fertility Transition of African and Asian Immigrants in Israel. *Population and Development Review* (Nueva York), vol. 6, No. 3 (diciembre).
- Friedlander, Dov, y Feldmann Carole (1993). The modern shift to below-replacement fertility: Has Israel's population joined the process? *Population Studies*, 47, págs. 295 a 306.
- Friedlander, Dov, y Barbara S. Okun (1996). Fertility Transition in England and Wales: Continuity and Change. *Health Transition Review*, vol. 6 (suplemento).
- Friedlander D., y otros (2002). Religion, Ethnicity, Type of Locality and Educational Attainments among Israel's Population: An Analysis of Change Over Time, Jerusalén, Israel: Oficina Central de Estadísticas de Israel. (De próxima aparición).
- Goldscheider, Calvin (1996). *Israel's Changing Society: Population, Ethnicity, and Development*. Boulder: Westview Press.
- Heilman, S. C., y M. Friedman (1991). The Haredim in Israel. American Jewish-Israeli Relations. American Jewish Committee (Nueva York).
- Okun, Barbara S. (1997). Innovation and Adaptation in Fertility Transition. Jewish Immigrants to Israel from Muslim North Africa and the Middle East. *Population Studies*, vol. 51, No. 3, págs. 317 a 335.
- Schellekens, J., y Z. Eisenbach (2001). The Pre-decline Rise in Israeli Moslem Fertility. *Economic Development and Cultural Change* (de próxima aparición).

La terminación de la transición de la fecundidad: Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria

Riad Tabbarah*

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica de los países árabes de Asia occidental ha sido, en general, algo peculiar. La fecundidad global aumentó considerablemente antes de iniciar su descenso histórico. La esperanza de vida aumentó a un ritmo muy rápido. Las tasas de fecundidad sumamente altas dieron por resultado poblaciones extremadamente jóvenes que, junto con tablas muy bajas de mortalidad, produjeron tasas brutas de mortalidad de 3 por mil ó 4 por mil habitantes, es decir, más bajas que cualquier otra que jamás se haya alcanzado en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en desarrollo. Por consiguiente, el margen máximo entre las tasas brutas de natalidad (TBN) y las tasas brutas de mortalidad (TBM) en algunos países, en particular en el Golfo, alcanzó las cifras sin precedentes del 4,5% al 5% al año. Para el futuro próximo podemos prever que, a medida que vaya avanzando el proceso de envejecimiento con el descenso esperado de la fecundidad, las mejoras adicionales en esperanza de vida estarán acompañadas de un *aumento* de las tasas brutas de mortalidad.

Durante el lapso de 100 años transcurrido entre 1950 y 2050, la relación entre las tasas brutas de natalidad y las tasas brutas de mortalidad se caracterizan, por tanto, por cuatro fases distintas. Estas cuatro fases se pueden ilustrar con datos de Jordania. En la primera fase, de 1950 a 1970, las tasas de crecimiento natural aumentaron rápidamente como resultado de un incremento de las tasas brutas de natalidad y un descenso de las tasas brutas de mortalidad. En la segunda fase, de 1970 al presente, las tasas de crecimiento natural cayeron, debido a que el descenso de las tasas brutas de natalidad era considerablemente mayor que el descenso de las tasas brutas de mortalidad. En la tercera fase, que se extiende de 2000 a 2030, continuará el descenso de las tasas de crecimiento natural, debido únicamente a la caída de las tasas brutas de natalidad, mientras que las tasas brutas de mortalidad permanecerán constantes a través del período. Por último, en la cuarta fase, de 2030 a 2050, las tasas de crecimiento natural se espera que caigan rápidamente, arrastradas por el descenso de las tasas brutas de natalidad en presencia de un continuo y relativamente abrupto *aumento* de las tasas brutas de mortalidad. Durante este último período (y posteriormente) las tasas brutas de mortalidad aumentarán pese a las mejoras conseguidas en los niveles de mortalidad, como indica un aumento de la esperanza de vida (EV) (véase el cuadro 1)¹.

¿Cómo llegará a su fin esta transición demográfica? Es decir, ¿Cómo se comportarán la fecundidad y la mortalidad en el futuro previsible (y no tan previsible)?

LA MORTALIDAD

Todo indica que la mortalidad en los tres países objeto de estudio continuará cayendo, en el sentido de que la esperanza de vida al nacer seguirá aumentando. Al mismo tiempo, sin embargo, debido al continuo proceso de envejecimiento, se espera que las tasas brutas

* Director del Centro de Estudios y Proyectos de Desarrollo (MADMA), Beirut, Líbano.

¹ Salvo indicación en contrario, todos los datos se han extraído de las Naciones Unidas, 1999a) y 1999b).

Cuadro 1
Indicadores demográficos por determinados países de Asia occidental

Países	Período	TGF	TBN	TBM	EV
Jordania	1950-1955	7,38	46,7	26	43,2
	1955-1960	7,38	46,7	23	45,7
	1960-1965	8	52,5	22	48,2
	1965-1970	8	52,5	21	51,7
	1970-1975	7,79	50	14,4	56,6
	1975-1980	7,38	45	9,6	61,2
	1980-1985	6,77	42,3	8,9	63,5
	1985-1990	6,03	39,9	7,1	65,9
	1990-1995	5,58	36,9	5,8	68,6
	1995-2000	4,86	34,8	4,6	70,1
	2000-2005	4,44	33	4,1	71,5
	2005-2010	4,01	30,3	3,8	72,6
	2010-2015	3,59	27,4	3,6	73,7
	2015-2020	3,16	24,6	3,6	74,7
	2020-2025	2,74	21,9	3,6	75,6
	2025-2030	2,31	19	3,8	76,4
	2030-2040	2,1	17,4	4,2	77,7
2040-2050	2,1	16,1	5,3	78,8	
Líbano	1950-1955	5,74	41	18,7	56
	1955-1960	6,15	43,4	15,2	58,5
	1960-1965	6,36	42,7	13,3	60,7
	1965-1970	6,05	38,8	11,8	62,9
	1970-1975	4,92	32,1	9,3	65
	1975-1980	4,31	30,1	8,7	65
	1980-1985	3,79	29,3	8,8	65
	1985-1990	3,42	27,9	7,8	67
	1990-1995	3,09	26,9	7,1	68,5
	1995-2000	2,69	23,8	6,4	69,9
	2000-2005	2,3	19,8	6,1	71
	2005-2010	2,1	17,6	6	72,1
	2010-2015	2,1	17,4	6	73
	2015-2020	2,1	17,4	6	73,9
	2020-2025	2,1	16,7	6,1	74,7
	2025-2030	2,1	15,5	6,4	75,7
	2030-2040	2,1	14	7,3	76,9
2040-2050	2,1	13,7	8,9	78,2	
República Árabe Siria	1950-1955	7,09	46,6	21,4	46
	1955-1960	7,09	46,6	18,8	48,5
	1960-1965	7,46	47,4	16,6	51
	1965-1970	7,79	47,6	15,3	54
	1970-1975	7,69	46,6	12,1	57
	1975-1980	7,44	46	8,9	60,1
	1980-1985	7,38	45,7	8,7	62,6
	1985-1990	6,6	42,7	7	65
	1990-1995	4,7	33,2	5,6	67,1
	1995-2000	4	30,4	4,9	68,9
	2000-2005	3,58	29,2	4,5	70,2
	2005-2010	3,16	27,3	4,3	71,5
	2010-2015	2,73	24,3	4	72,7
	2015-2020	2,31	20,1	3,9	73,7
	2020-2025	2,1	17,7	4	74,7
	2025-2030	2,1	17,4	4,3	75,7
	2030-2040	2,1	16,8	4,9	76,9
2040-2050	2,1	14,8	6,1	78,4	

de mortalidad empiecen a aumentar en el futuro próximo. Con arreglo a las proyecciones medias de las Naciones Unidas, este aumento comenzará en los próximos 15 a 25 años, primero en el Líbano y por último en Siria. El proceso del crecimiento de las tasas brutas de mortalidad se espera que continúe durante algún tiempo, a ejemplo de los países que actualmente tienen una fecundidad baja. En Siria, por ejemplo, la tasa bruta de mortalidad prevista para 2040-2050, según la proyección media de las Naciones Unidas, es de alrededor del 6 por mil, comparado con un nivel actual, todavía en alza, de 12 por mil a 14 por mil en los países actualmente de baja fecundidad. Además, poco después del comienzo del aumento de las tasas brutas de mortalidad, el descenso de la tasa de crecimiento natural en los tres países se deberá cada vez más al aumento de las tasas brutas de mortalidad que al descenso de las tasas brutas de natalidad.

LA FECUNDIDAD

No obstante, la principal especulación para nuestros fines es la que se refiere al futuro de la fecundidad. Aquí es preciso distinguir entre factores a corto y a largo plazo. Evidentemente, los factores a largo plazo son de mayor importancia para los fines del presente documento que los factores a corto plazo, pero ambos se examinarán a continuación.

Los factores a corto plazo

Uno de los factores más importantes que afectan a la fecundidad en los tres países objeto del presente estudio es el desequilibrio entre hombres y mujeres a que ha dado lugar la masiva emigración, junto con el creciente grado de instrucción de la mujer y algunas costumbres relativas al matrimonio. Esta situación se puede observar con más claridad en el caso del Líbano. La educación de la mujer se ha extendido considerablemente, hasta el punto en que ahora la proporción de mujeres matriculadas en todos los grados de educación es ligeramente más alta que la de hombres. Este hecho ha redundado en un retraso de la edad a la que las mujeres están dispuestas a contraer matrimonio al grupo de edad de 25 a 29 años. Dado que es costumbre que las mujeres se casen con hombres al menos 5 años mayores que ellas, el grupo de edad correspondiente de los hombres en este caso es el comprendido entre los 30 y 34 años. Como resultado de la fuerte corriente de emigración de hombres, en particular, de este grupo y de los grupos de 5 años anteriores, la relación de hombres solteros de 30 a 34 años de edad a mujeres solteras de 25 a 29 años de edad se comprobó, en una encuesta que se llevó a cabo en 1996, que era de 7 a 10 (PNUD). Esta relación debe de haber caído aún más en vista de la emigración más intensa que ha tenido lugar desde entonces. Si a esto se añade el hecho de que las mujeres no se suelen casar con hombres que tengan una formación académica inferior a la suya, el equilibrio de los sexos (la disponibilidad de la relación de pareja) es todavía más precario. En consecuencia, las tasas de celibato de las mujeres, prácticamente se duplicaron en el Líbano entre 1970 y 1996 en casi todos los grupos de edad (cuadro 2). Evidentemente, las tasas globales de

Cuadro 2
Tasa de celibato de las mujeres, Líbano, 1970 y 1996

Grupo de edad	1970	1996
15-19	86,8	95
20-24	50,9	72
25-29	25,1	46,6
30-34	14,2	30,4
35-39	10,1	20,9
40-44	7,6	15,2
45-49	6,9	11,5

Fuente: PHS 1996.

fecundidad se vieron negativamente afectadas por el aumento del celibato de la mujer y surgió una gran disparidad entre la fecundidad de los matrimonios (6,1) y la fecundidad global (3,0). Por tanto, el desarrollo económico tenderá a aumentar la fecundidad a corto plazo, al brindar más oportunidades de trabajo a los jóvenes y, por ende, reducir la emigración. De hecho, ya se están formando algunos nuevos hábitos que tenderán a orientar la fecundidad global en esa dirección, en particular el nuevo fenómeno de la emigración de las mujeres instruidas y la reducción de la diferencia de edad del hombre y la mujer al contraer el primer matrimonio.

Otra limitación a corto plazo de la fecundidad surge de la situación económica deprimida que predomina en los tres países que nos ocupan. Esta situación se puede atribuir a muchos factores, pero tal vez el más importante sea la inseguridad política causada por el conflicto árabe-israelí. Por consiguiente, es probable que la resolución de este conflicto conduzca a una rápida recuperación y crecimiento de la economía que, a su vez, mejore los ingresos y reduzca la limitación del ingreso en la fecundidad, lo que dará por resultado un auge de natalidad temporal en la región.

Los factores a largo plazo

Un análisis de factores a largo plazo es infinitamente más complicado que el de los factores a corto plazo y requiere un mínimo de antecedentes conceptuales. Tres factores se cree que son los más importantes para este análisis a largo plazo del futuro de la fecundidad: el tamaño ideal de la familia, el costo de los hijos y la idoneidad del ingreso. Cierta grado de exceso de simplificación es necesario en este documento.

El tamaño ideal de la familia

El número ideal de hijos está determinado por las funciones de utilidad marginal y desutilidad de los hijos para un grupo socioeconómico determinado (Tabbarah, 1992). Existe, evidentemente, un cierto placer socio-psicológico, o utilidad, que suelen obtener las parejas con la adquisición de un nuevo hijo². Ya se deba el deseo de los hijos a prestigio, motivos religiosos o incluso instinto, es lógico suponer que la parte de ese deseo satisfecho por el primero o el segundo hijo es probable que sea mayor que la satisfecha por el cuarto o el quinto hijo, es decir, que hay una utilidad marginal decreciente. Pero los hijos también son una fuente de desutilidad para sus padres, en el sentido en que compiten con las actividades extrafamiliares de los padres, como leer, ir al cine y al teatro, viajar o simplemente dedicarse o otras actividades que deseen, distintas de criar hijos³. Los hijos también pueden imponer a los padres algunas actividades que generan desutilidad. Al aumentar el número de hijos, se tienen que perder más oportunidades. Cuanto menor es el número de oportunidades que les quedan a los padres, mayor es la desutilidad que surge de las oportunidades adicionales perdidas. De este modo, si la utilidad marginal de los hijos es una función decreciente, su desutilidad marginal es una función creciente. (gráfico 1). La función de utilidad marginal neta es, por tanto, una función decreciente que llega a cero al nivel indicado por el punto de intersección de las curvas de utilidad y desutilidad (gráfico 2). Este punto da el número ideal de hijos. Los padres no irán más allá de este punto (sin compensación), ya que cualquier hijo adicional supondría una desutilidad marginal neta⁴.

El proceso de desarrollo entraña una serie de cambios económicos y sociales que afectan tanto la utilidad como la desutilidad de los hijos. Con respecto a la utilidad, el prestigio y las ventajas que se asocian a las familias numerosas parecen desvanecerse con la creciente movilidad geográfica y el advenimiento de la familia nuclear. La seguridad política y económica gradualmente pasa a ser función del gobierno y los mitos sobre la relación entre virilidad y procreación se desvanecen cada vez más. Incluso el poder de la religión sobre el individuo como determinante del comportamiento reproductivo tiende a disminuir. En consecuencia, con el desarrollo se suele producir un cambio descendente lento, pero continuo, de la función de utilidad marginal.

² Leibenstein (1957 y 1974) incluye en utilidad al hijo como fuente de ingreso futuro. En el presente documento, este aspecto se incluye en el costo de los hijos (como costo negativo) y se dejan sólo las consideraciones socio-psicológicas a la utilidad y la desutilidad.

³ Esto es lo que Leibenstein ha calificado de "oportunidades perdidas" por los padres a causa de la crianza de los hijos.

⁴ El número ideal de hijos difiere del número deseado de hijos en que no está sujeto a limitaciones de ingreso. Por ejemplo, en una encuesta, la pregunta pertinente es de este tipo: "si usted tuviera el ingreso necesario ¿cuántos hijos desearía tener?" Para el número deseado, la pregunta sería así: "dado el ingreso que tiene actualmente y que espera tener, ¿cuántos hijos desea tener?" Cuando las dos respuestas coinciden, no existen limitaciones de ingreso.

Gráfico 1
Función de utilidad y desutilidad marginales

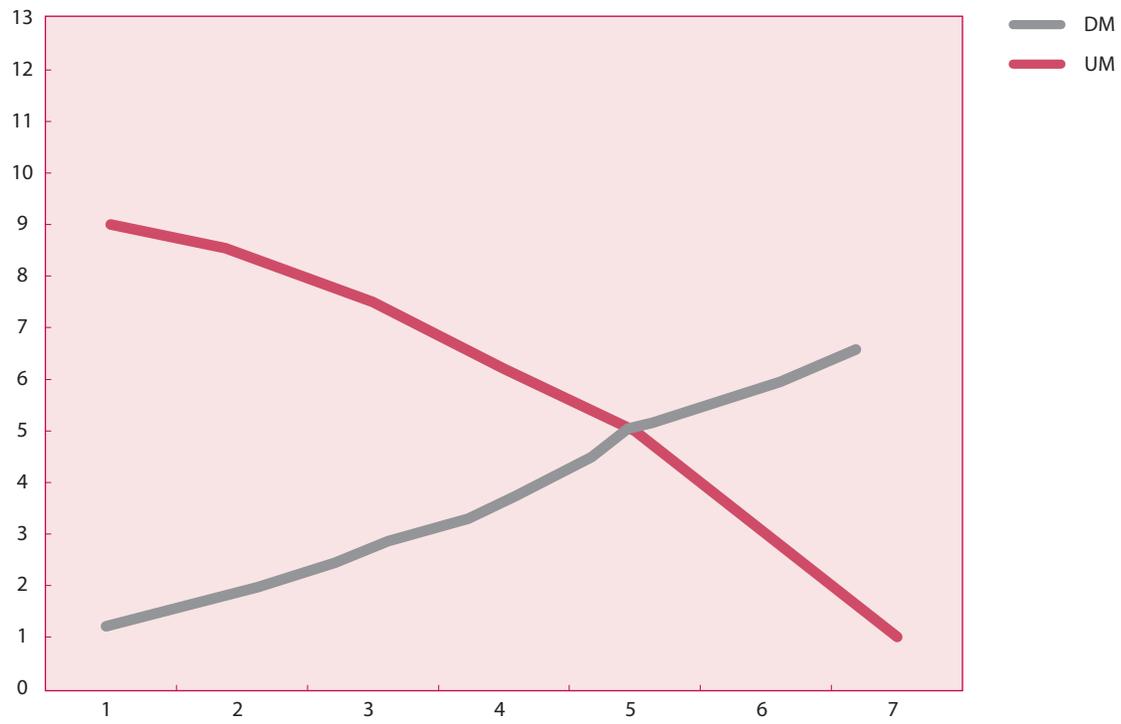


Gráfico 2
Utilidad natural



Tal vez mucho más importante es el cambio ascendente de la función de desutilidad marginal. Por definición, el proceso de desarrollo lleva consigo crecientes oportunidades para los individuos y, de ese modo, les abre nuevos horizontes más allá de las ocupaciones estrictamente de formación de la familia. Más educación, mejores comunicaciones y más movilidad extienden los intereses más allá de los confines tradicionales de la familia y los allegados y el ingreso más alto permite la satisfacción de nuevas demandas. En este proceso, surge un conflicto entre las oportunidades familiares y las crecientes oportunidades extrafamiliares.

Por supuesto, el resultado de la decreciente utilidad y la creciente desutilidad es un desplazamiento hacia la izquierda de la curva de la utilidad marginal de los hijos, lo que reduce el número ideal de hijos.

El costo de los hijos

El cambio del costo relacionado con los hijos que acompaña al desarrollo se puede analizar en dos niveles: el *costo de un hijo* y el *costo de los hijos*, ambos en relación con el ingreso de la familia (Tabbarah, 1992). Por lo que respecta al costo del hijo, dos factores parecen ser de importancia especial. Primero, en el entorno menos desarrollado, un hijo, en particular un hijo varón, se puede considerar un activo económico neto, en el sentido de que, a lo largo de su vida, puede ser un contribuyente neto al ingreso de la familia. En este caso, no habrá limitaciones de ingreso en relación con el hijo. Con el desarrollo y la modernización, esta “corriente de riqueza neta”, para usar la expresión de Caldwell, se reduce, se para y después se invierte.

Más allá de ese fenómeno, el costo del hijo en relación con el ingreso puede razonablemente considerarse como bastante constante a lo largo del tiempo, en la etapa inicial del desarrollo y, en particular, antes de la educación ampliada del hijo. Por tanto, a medida que aumenta el ingreso de la familia, el gasto en todos sus miembros, por concepto de alimentos, vivienda, ropa, etc., es probable que aumente al unísono. No obstante, esto no es lo que sucede cuando una nueva partida, como la educación del hijo, se añade al presupuesto de la familia. Esta nueva partida tiende a aumentar el costo del hijo en relación con el ingreso de la familia.

Una presión mucho más intensa sobre el ingreso de la familia es la que se deriva del período extenso de apoyo de la familia debido, sobre todo, a la educación ampliada, por su efecto en el *costo de los hijos*. Incluso cuando la educación es gratuita y por tanto no afecta el *costo del hijo*, el hecho de que prolonga el período de manutención hace que afecte el *costo de los hijos*. En las sociedades menos desarrolladas, donde la educación es mínima o no existe, el hijo pasa a ser independiente económicamente a una edad temprana, digamos, a los 9 años. En estas circunstancias, si una mujer tiene cada 3 años un hijo que sobrevive, el número total de hijos que tiene que mantener la familia al mismo tiempo es 3. Si la educación se extendiera a la enseñanza secundaria, es decir, hasta la edad de 18 años, el número de hijos a los que habría que mantener simultáneamente aumentaría a 6. Si, como se espera con el desarrollo, el intervalo natural entre los hijos supervivientes se redujera a 2 años debido a la mejora de la salud de la madre y del hijo, este número total aumentará a 9. Es decir, incluso si el costo de un hijo permanece constante con el desarrollo (por ejemplo, la educación gratuita), el costo de los hijos aumenta con el período ampliado durante el que es preciso mantener a los hijos, debido principalmente al período cada vez más prolongado de la educación del hijo. Esto impone graves limitaciones a las familias numerosas y reduce el número de hijos deseados.

La idoneidad del ingreso

La idoneidad del ingreso es un concepto susceptible de ser medido (Tabbarah, 1972). Expresado en términos simples, es la relación del ingreso de un individuo con su estándar convencional. Es un hecho observado que la idoneidad del ingreso está directamente relacionada con la demanda de hijos. El ingreso y los estándares convencionales no siempre se

mueven al unísono, en particular en los países en desarrollo. El ingreso crece con el crecimiento económico, pero los estándares convencionales pueden estar afectados por el efecto de demostración internacional. Este efecto de demostración aumenta con la globalización, a través de las películas, la televisión, la internet y otros medios de comunicación que caracterizan el proceso de globalización. Al aumentar la exposición a estándares más altos, los estándares convencionales aumentan y la idoneidad del ingreso tiende a disminuir.

LAS CONSECUENCIAS PARA EL FUTURO DE LA FECUNDIDAD

Si lo que acabamos de decir es cierto, tendrá una serie de consecuencias para las tendencias futuras de la fecundidad.

- *Primero*, la educación parece ser un factor de suma importancia en la reducción de la fecundidad. Ello se debe a que la educación parece tener un efecto significativo en los factores a largo plazo. Reduce la utilidad de los hijos; aumenta su desutilidad; aumenta el costo del hijo cuando no es completamente gratuita; aumenta considerablemente el *costo de los hijos* y tiende a facilitar la globalización social, lo que ejerce presión en la idoneidad del ingreso. En los tres países árabes estudiados aquí, Jordania, el Líbano y la República Árabe Siria, la propagación de la educación ha sido espectacular en los dos últimos decenios, pero todavía no se ha erradicado totalmente el analfabetismo y es preciso aumentar el promedio de años de escolarización de la población adulta. La educación de la mujer también ha mejorado de manera espectacular, pero, salvo en el Líbano, todavía existen diferencias en la matrícula de hombres y mujeres. La participación de la mujer en la fuerza laboral ha mejorado, pero sigue habiendo marcadas diferencias entre el hombre y la mujer en todos los grupos de edad. Lo que todo esto significa, probablemente, es que al descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en los últimos decenios todavía le queda camino por recorrer.
- *Segundo*, la globalización está aumentando y se espera que continúe haciéndolo en el futuro. Poco a poco, está llegando a más zonas remotas de los tres países a través de los medios modernos de comunicaciones. Los beneficios económicos de la globalización, en lo que se refiere al aumento de los ingresos, se ha quedado ciertamente a la zaga de la penetración cultural y social, en el sentido de que las expectativas están aumentando con más rapidez que los ingresos, lo que generará nuevas presiones sobre la idoneidad del ingreso en el futuro previsible.
- *Tercero*, no sólo el celibato de la mujer está en alza, las tasas de divorcio también están aumentando, aunque todavía son muy bajas en comparación con las normas occidentales. Con la “modernización” y la globalización, se prevé que esas tasas suban en el futuro. En consecuencia, la fecundidad global descenderá, incluso si la fecundidad de los matrimonios se mantiene constante.
- *Cuarto*, las políticas dirigidas a promover la fecundidad suelen ser ineficaces. Es difícil aumentar la utilidad o reducir la desutilidad de los hijos dada la índole del desarrollo y la modernización. La educación, en particular la educación de la mujer, es irreversible. El costo de una política dirigida a las parejas para que aumenten el número de sus hijos por encima del nivel “ideal” es prohibitivo, ya que necesitará compensar a las parejas no sólo por el costo íntegro del hijo adicional, sino también por su utilidad negativa neta asociada con el hijo adicional. Una reacción “patriótica”, impulsada por la amenaza que representa la fecundidad muy baja, también se puede descartar. En Alemania, donde la población nativa está disminuyendo rápidamente y la “no nativa” (turcos, kurdos, etc.) está aumentando, hasta ahora no se ha detectado esa reacción, ni se prevé por los demógrafos locales.

El hecho de que la fecundidad en los tres países considerados continuará descendiendo en el futuro próximo es bastante verosímil. La cuestión es hasta qué nivel descenderá. Las proyecciones de las Naciones Unidas suponen que el mínimo al que llegará la fecundidad global es a la de reemplazo. Pero esta hipótesis no se basa en ningún motivo lógico. No hay nada mágico en este número. Las parejas no actuarán conjuntamente para alcanzarlo. Para determinar este nivel mínimo es preciso determinar al menos dos parámetros principales: el tamaño ideal de la familia de las parejas casadas y el efecto de reducción que el celibato, el divorcio (y la esterilidad) tendrán en la fecundidad de los matrimonios. Entre los sectores más instruidos de las tres sociedades, parece predominar el tamaño ideal de 2 hijos, por lo que se puede suponer que éste será a fin de cuentas el nivel de la fecundidad de los matrimonios. Si también se parte del supuesto de que la fecundidad global será un 20% ó un 30% más baja que la fecundidad de los matrimonios, el punto de resistencia de la fecundidad global se situará entre 1,4 y 1,6 hijos, lo que no está muy lejos de la situación actual de algunos países europeos.

El descenso de la fecundidad tiene otras consecuencias más universales. En primer lugar, es obvio que los alarmistas en este terreno han quedado enmudecidos definitivamente, al menos para el futuro previsible. Los días de *la bomba de población, los límites al crecimiento y el hambre 1974*, han quedado atrás.

Segundo, la antigua preocupación de algunos demógrafos y gobiernos occidentales, que se puso de manifiesto a partir de la conferencia internacional de población de Roma, de 1954, de que la proporción de población que vive en Europa Occidental, América del Norte y Australia está disminuyendo rápidamente, se agravará sin duda. En los últimos años, el problema se debía a diferencias de las tasas *positivas* de crecimiento de población entre el primero y el tercer mundo, ahora las diferencias son entre las tasas *negativas* de crecimiento de población del primer mundo y las tasas *positivas* de crecimiento de población de los países del tercer mundo, algunos de los cuales todavía tienen tasas globales de fecundidad muy altas. Es importante señalar en este aspecto que, según las últimas proyecciones de las Naciones Unidas (*Revisión de 2000*), la proporción de la población total que vive en Europa Occidental, América del Norte y Australia ha bajado del 17% en 1950 al 11% en 2000 y llegará a poco más de un 8% en 2050. Además, una creciente proporción de estas poblaciones es oriunda del tercer mundo.

Por último, al disminuir y envejecer las poblaciones del primer mundo, se intensificará la necesidad de abrir las puertas a la inmigración. Por tanto, el dilema al que se enfrentan estos países en el futuro próximo será, no sólo mantener su influencia política mundial frente a su decreciente proporción de la población mundial, sino también cómo mantener el crecimiento económico y mantener bajo control a la población no nativa dentro de sus fronteras.

BIBLIOGRAFÍA

- Leibenstein, Harvey (1957). *Economic Backwardness and Economic Growth*, Nueva York: John Wiley and Sons.
- Leibenstein, Harvey (1974). An Interpretation of the Economic Theory of Fertility, *Journal of Economic Literature* (junio).
- Naciones Unidas (1999a). *World Population Prospects: The 1998 Revision* (Publicación de las Naciones Unidas).
- Naciones Unidas (1999b). *Women and Men in the Arab Region: A Statistical Portrait*. Nueva York.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1998). *The National Human Development Report: Lebanon*. Beirut.
- Tabbarah, Riad (1972). The Adequacy of Income: A Social Dimension in Economic Development. *Journal of Development Studies* (Londres) (abril).
- Tabbarah, Riad (1992). Socio-Economic Change and Population Programmes: Balancing Priorities. *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo).

La transición de la fecundidad en Kenya: ¿hasta qué nivel descenderá?

*John Blacker**

FUENTES DE DATOS

Las principales fuentes de información sobre el rápido descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en Kenya a partir de 1980 son, en primer lugar, las historias de nacimientos recopiladas en la encuesta de la fecundidad de Kenya (EFK) de 1977-1978 y en las tres encuestas demográficas y de salud (EDSK) de 1989, 1993 y 1998, y en segundo lugar, los datos sobre los niños nacidos vivos y sobre los nacimientos ocurridos en los últimos 12 meses, extraídos de los censos de población de 1969, 1979, 1989 y 1999.

Las historias de nacimientos nos permiten reconstruir las estimaciones de las tasas de fecundidad por edad y períodos de tiempo hasta 20 años antes de la encuesta. No obstante, las encuestas se limitaban a las mujeres de menos de 50 años. De este modo, como las estimaciones retroceden más en el tiempo, las tasas de fecundidad resultan cada vez más truncadas por edad y tienen que ser extrapoladas hasta el final de la procreación mediante el “préstamo” de las tasas para los grupos de más edad de los períodos de tiempo subsiguientes más cercanos. Cuando la fecundidad cae rápidamente, este procedimiento introduce un sesgo progresivo por defecto en las estimaciones. Además, las estimaciones están sujetas a errores en la fecha de los nacimientos que dan las historias. Existe una tendencia generalizada a imputar los nacimientos recientes a fechas anteriores, con la consiguiente reducción de los números registrados en los últimos 5 años y la inflación de los que se dan para los períodos de 5 a 9 y de 10 a 14 años antes de la encuestas, lo que tiene el efecto de simular un descenso falso de la fecundidad. En las encuestas demográficas y de salud, esta característica puede haberse agravado por el volumen de información adicional (incluidos la estatura y el peso) que se pide sobre los niños nacidos en los últimos 3 años, y en algunos casos, 5 años antes de la encuesta. También puede haber una tendencia a imputar a fechas más cercanas a la encuesta los nacimientos ocurridos hace más de 15 años. De este modo, un doble efecto de “concertina” refuerza la inflación de las tasas de fecundidad del período comprendido entre 5 y 15 años antes de la encuesta. Se han diseñado algunos métodos de detectar y corregir estos errores, que se examinarán seguidamente.

Los datos censales de vida y nacimientos actuales se pueden usar en una variedad de formas para examinar las tendencias de fecundidad. Probablemente el procedimiento más simple, y en muchos aspectos el más satisfactorio, es la construcción de “cohortes hipotéticas” para los períodos intercensales, a partir de las diferencias en la paridez media de las mismas cohortes de mujeres en censos consecutivos (Naciones Unidas, 1983, págs. 59 a 64). Este método usa únicamente las parideces medias registradas en los censos y no formula hipótesis sobre la índole de las modalidades de los posibles errores de los datos. Ahora bien, los datos censales sobre niños nacidos vivos no estaban sujetos al mismo sondeo detallado que en la encuestas de historias de nacimientos y es indudable que se cometieron errores tanto por omisión como por inclusión indebida. En general, había una categoría de mujeres que no respondieron a la pregunta sobre el número de hijos que habían tenido. La mayor parte de estas mujeres probablemente no tenía hijos,

* Centro de Estudios de Población, Londres, Reino Unido.

pero algunas podían haber tenido hijos que, por una u otra razón no se registraron. La corrección de El Badry para la falta de respuesta (El Badry, 1961; Naciones Unidas, 1983, págs. 230 a 235) es un posible medio de solucionar este problema y las parideces medias usadas en la construcción de las cohortes hipotéticas que se presentan más adelante se ajustaron primero por el método de El Badry. Las estimaciones también se han refinado ajustando los modelos de fecundidad a las parideces medias de las cohortes hipotéticas, lo que obvia irregularidades y reduce la vulnerabilidad de las estimaciones a los errores contenidos en las notificaciones de las mujeres de más edad. Para este fin se utilizó el modelo por relaciones de fecundidad de Gompertz de Brass (Brass, 1981).

El modelo por relaciones de Gompertz también se puede usar para derivar estimaciones de fecundidad de datos censales sobre nacimientos notificados como ocurridos durante los 12 meses anteriores al censo, junto con las parideces medias de las mujeres más jóvenes, en una variación de la técnica de “razón paridez-fecundidad” diseñada por Brass en el decenio de 1960 (Brass y otros, 1968; Brass, 1975).

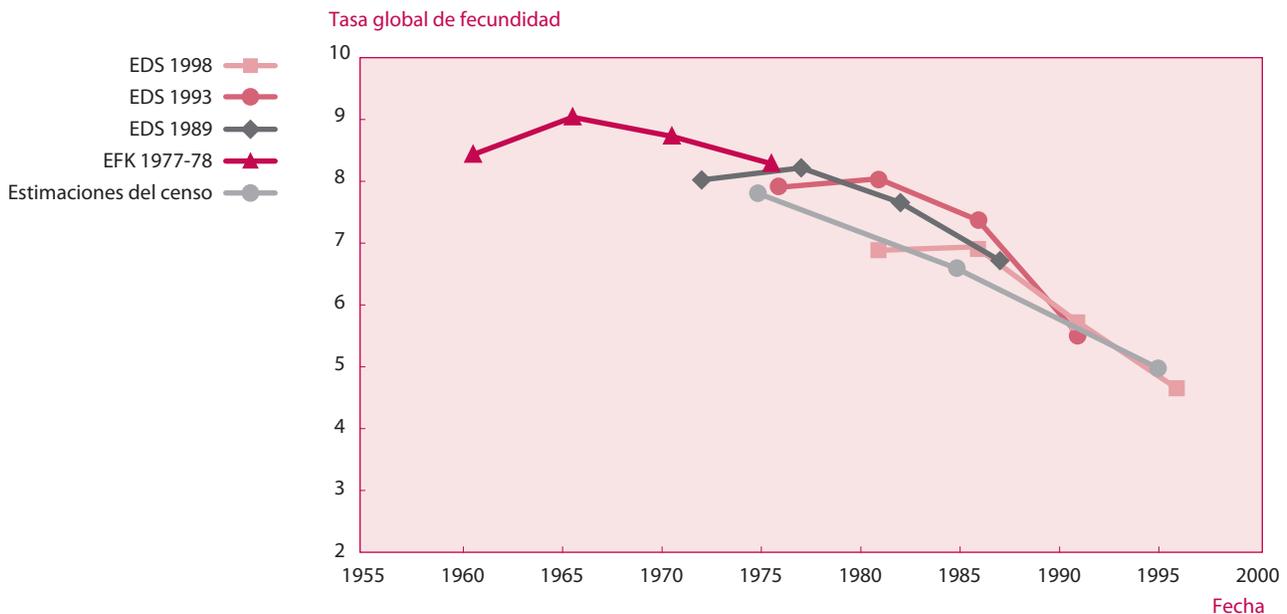
RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestran las estimaciones de las tasas globales de fecundidad de Kenya derivadas de las fuentes indicadas *supra*, a las que también se ha dado representación gráfica en el gráfico 1. La coherencia de las estimaciones se puede evaluar fácilmente a partir de las discrepancias entre las estimaciones para los mismos períodos de tiempo de las distintas encuestas y censos.

Cuadro 1
Estimaciones registradas y extrapoladas de la fecundidad global en Kenya

	EFK 1977-1978	EDSK 1989	EDSK 1993	EDSK 1998	Estimaciones basadas en el censo
1958-1962	8,41	1969-1973 8,00	1973-1977 7,88	1978-1982 6,87	1969-1979 7,79
1963-1967	9,01	1974-1978 8,19	1978-1982 8,02	1983-1987 6,89	1979-1989 6,58
1968-1972	8,70	1979-1983 7,64	1983-1987 7,35	1988-1992 5,71	1989-1999 5,00
1973-1977	8,26	1984-1988 6,70	1988-1992 5,53	1993-1997 4,65	

Gráfico 1
Tendencias observadas en la fecundidad global



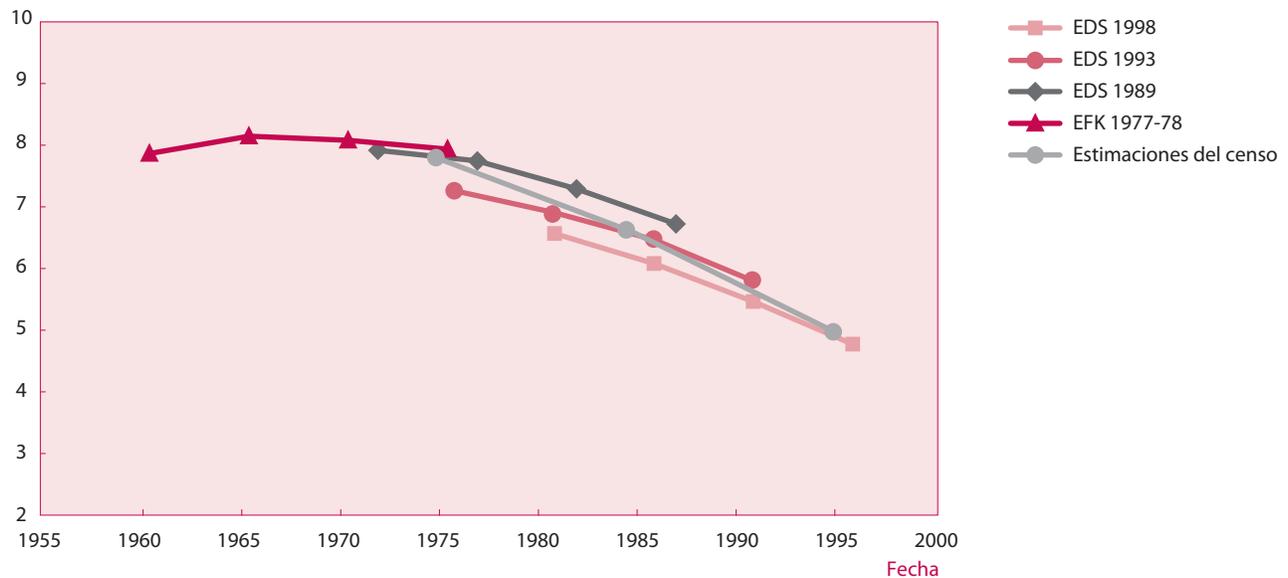
Los datos de la historia de nacimientos han sido claramente distorsionados por el efecto “concertina” descrito anteriormente. Las cuatro encuestas arrojan tasas más bajas de fecundidad para el período de 15 a 19 años antes de la encuesta que para el de 10 a 14 años antes, y las tasas para este último eran más altas que las estimaciones derivadas para el mismo período de otras fuentes. Por consiguiente, hemos tratado de redistribuir los nacimientos a lo largo de los períodos de tiempo, mediante el procedimiento diseñado por Brass (Brass, 1981; Brass y Jolly, 1993), que entraña el ajuste de los modelos de fecundidad por relación de Gompertz a las parideces medias retroactivas. El mismo Brass hizo estos ajustes a la encuesta de fecundidad de Kenia de 1977-1978 y a la encuesta demográfica y de salud de Kenia de 1989; el autor ha aplicado ambas a la encuesta demográfica y de salud de Kenia de 1993 (Macrae, Bauni y Blacker, 2001) y a la de 1998. El principal problema que presenta la aplicación de este procedimiento radica en la selección de los modelos “óptimos”. Si los modelos se ajustan estrictamente a los datos observados, reproducirán sencillamente los sesgos originales. El principal criterio que he adoptado es asegurar la coincidencia mejorada entre las parideces medias antedatadas a las fechas de las encuestas precedentes y las parideces medias registradas en esas encuestas. De esta manera, la encuesta demográfica y de salud de Kenia se antedató 5 años y se comparó con la encuesta demográfica y de salud de Kenia de 1993, y después 20 años para compararla con la encuesta de fecundidad de Kenia. Los parámetros de los modelos usados para antedatar las fechas se manipularon más o menos por el método de tanteo, a fin de reducir lo más posible la suma de las diferencias cuadráticas entre los valores antedatados y los valores observados. Los resultados se muestran en el cuadro 2 y el gráfico 2.

Cuadro 2
Estimaciones ajustadas y extrapoladas de la fecundidad global en Kenia

EFK 1977-1978	EDSK 1989	EDSK 1993	EDSK 1998	Estimaciones basadas en el censo
1958-1962 7,84	1969-1973 7,89	1973-1977 7,24	1978-1982 6,62	1969-1979 7,79
1963-1967 8,12	1974-1978 7,72	1978-1982 6,89	1983-1987 6,15	1979-1989 6,58
1968-1972 8,05	1979-1983 7,27	1983-1987 6,45	1988-1992 5,54	1989-1999 5,00
1973-1977 7,91	1984-1988 6,71	1988-1992 5,79	1993-1997 4,89	

Gráfico 2
Estimaciones ajustadas de fecundidad global

Tasa global de fecundidad



Se podría decir que en este ejercicio se han corregido por exceso los datos. Las tasas ajustadas de las encuestas de 1993 y 1998, para períodos de más de 5 años antes de las fechas de la encuesta, parecen ahora caer por debajo de las estimaciones de otras fuentes. Pero no hay duda de que la coherencia general de las distintas estimaciones ha mejorado. En particular, se ha conseguido una mayor coincidencia de las estimaciones derivadas de las encuestas de historia de nacimientos con las basadas en los censos.

Los modelos también se pueden usar para proyectar el tamaño definitivo de la familia de diferentes cohortes de mujeres objeto de las encuestas, que todavía estaban en edad de procrear. Aunque esta proyección es evidentemente injustificable cuando se trata de mujeres más jóvenes, los resultados pueden ofrecer un indicio de la dirección que está tomando la fecundidad de Kenya. Estos resultados se presentan en el cuadro 3. Indican, para lo que pueda valer, que ninguna de las cohortes terminará con menos de tres alumbramientos por mujer.

CONCLUSIONES SOBRE LAS TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD HASTA FINALES DEL DEKENIO DE 1990

A finales del decenio de 1970, la fecundidad global de Kenya era del orden de 8 alumbramientos por mujer. Existen abundantes datos al respecto: la encuesta de fecundidad de Kenya de 1977-1978 mostraba una paridez media de las mujeres de 45 a 49 años de 7,88 y una tasa global de fecundidad de 8,065, para los 3 años anteriores a la encuesta; los cambios de paridez media entre los censos de 1969 y 1979 suponían una tasa global de fecundidad de 7,79 para el período intercensal; la encuesta demográfica nacional de 1977 arrojaba una TGF ajustada según el modelo de Gompertz de 8,10 para el año anterior a la encuesta; el estudio sobre el uso de anticonceptivos (CPS) de 1984 mostraba una paridez media de las mujeres de 45 a 49 años de 8,15.

Antes del decenio de 1970, la fecundidad había estado aumentando constantemente. Las pruebas de esto, basadas en un estudio de coeficientes de progresión de paridez de cohortes, son definitivas y se han presentado en otros lugares (Brass y Jolly 1993; Oficina Central de Estadística, 1996a; Macrae, Bauni y Blacker, 2001), por lo que no es necesario volverlas a presentar aquí.

Después, en algún momento a finales del decenio de 1970 o a principios del de 1980 —no se puede precisar— se produjo un cambio abrupto y espectacular y la fecundidad empezó a desplomarse con una rapidez inesperada. La primera prueba de ese descenso a escala nacional la proporcionó la encuesta demográfica y de salud de Kenya de 1989, y se confirmó por el censo que se llevó a cabo ese mismo año; la encuesta arrojó una fecundidad global de 6,7 alumbramientos por mujer para el quinquenio anterior a la encuesta, que Brass, tras un riguroso examen, no vio motivos de enmendar (Brass y Jolly, 1983). La encuesta demográfica y de salud siguiente, de 1993, dio una TGF de 5,4 hijos para los últimos 3 años, y la de 1998, dio 4,7, también para un período de 3 años. Estas cifras, tomadas al pie de la letra, indican que la tasa de fecundidad había ido descendiendo a un ritmo más lento: reducciones de 0,34 nacimientos al año entre 1989 y 1993, y 0,14 nacimientos al año entre 1993 y 1998.

Cuadro 3
Tamaño final de la familia proyectado para las cohortes de la EDSK de 1998

Grupo de edad en 1998	Paridez media en 1998	Tamaño final de la familia proyectado
15-19	0,21	3,58
20-24	1,28	3,85
25-29	2,70	4,44
30-34	4,03	5,02
35-39	5,32	5,75
40-44	6,38	6,47
45-49	6,93	6,93

LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

Este descenso de la fecundidad se puede atribuir, en su mayor parte, al creciente *uso de anticonceptivos*. La proporción de mujeres de 15 a 49 años, actualmente casadas, que usan un método anticonceptivo moderno, aumentó del 9,7%, como indicaba el Estudio sobre la frecuencia del uso de anticonceptivos de 1984, al 17,9% en la encuesta demográfica y de salud de 1989, el 27,3% en la encuesta demográfica y de salud de 1993 y al 33,7% en la encuesta demográfica de salud de 1998. Con arreglo a esas cifras, la tasa de absorción parece haber aumentado a un ritmo más lento: aumentó 9,4 puntos porcentuales en los 4 años comprendidos entre 1989 y 1993, y sólo 6,4 puntos porcentuales en un lapso de 5 años entre 1993 y 1998.

La *edad al contraer el primer matrimonio*, entre las mujeres de Kenya, aumentó durante la segunda mitad del siglo XX, pero ese aumento no estuvo acompañado de otro equivalente en la edad al tener el primer hijo. El procedimiento más sencillo de calcular la edad al contraer matrimonio es el de la “edad media de la población soltera al casarse” (EMPSC) de Hajnal, que toma la proporción de mujeres que nunca se han casado, en cada grupo de edad, y supone que representan una cohorte de mujeres a través del ciclo vital. Exactamente el mismo procedimiento se puede usar para calcular la edad media al tener el primer hijo (EMTPH), tomando la proporción de infecundidad en lugar de la proporción de mujeres que nunca se han casado. En el cuadro 4 se muestran los índices derivados de los censos y las encuestas realizados en Kenya en los últimos 40 años. Se podrá comprobar que, según los censos de 1962 y 1969, la edad al casarse era ligeramente más baja que la edad al tener el primer hijo (aunque las concepciones prematrimoniales parecerían ser la norma); pero entre 1969 y 1979 se produjo un cambio según el cual, el primer hijo precedía al matrimonio. Las encuestas muestran asimismo que la edad al tener el primer hijo es sistemáticamente más baja que la edad al casarse y esta diferencia se amplía en las últimas encuestas. Aunque la edad al casarse puede seguir aumentando en Kenya, se puede esperar con confianza que tenga escaso efecto en la fecundidad.

La proporción de *viudos y divorciados* cambió poco en el decenio de 1990, si acaso experimentó un ligero descenso, pero en este aspecto, se podría esperar que tuviera algún efecto en la fecundidad, ya que las tasas de viudez aumentan a consecuencia de la epidemia del SIDA.

La *infertilidad del puerperio*, pese a ser un importante determinante próximo, no ha contribuido materialmente al descenso de la fecundidad general. La duración media de la abstinencia y la amenorrea del puerperio fluctuó de manera anómala entre todas las encuestas (Brass y Jolly, 1993; Macrae, Bauni y Blacker, 2001). Entre las encuestas demográficas y de salud de 1993 y 1998, la duración media de la infertilidad del puerperio descendió de 12,9 meses a 11,1 meses. Es obvio que no se pueden esperar nuevas reducciones de fecundidad por esta causa.

Cuadro 4
Edad media de la población soltera al casarse y edad media al tener el primer hijo

	EMPSC	EMTPH
Censo de 1962	18,5	19,8
Censo de 1969	19,2	19,8
Censo de 1979	20,3	20,0
Censo de 1989	21,9	20,9
EFK de 1977-1978	20,0	19,5
CPS de 1984	20,1	19,7
EDSK de 1989	21,1	20,0
EDSK de 1993	21,3	21,1
EDSK de 1998	21,7	20,7

Prácticamente no existen datos sobre el *aborto* en Kenya. Aunque puede haber hecho una contribución material al descenso de la fecundidad, no tenemos los medios de medirla y no estamos en situación de especular respecto al papel que pudiera tener en el futuro.

Kenya nunca ha sido un país de alta prevalencia de *esterilidad patológica*, con la posible excepción de algunas zonas costeras en el decenio de 1950¹. El Estudio sobre la fecundidad de Kenya de 1987-1988 mostraba que sólo el 3% de las mujeres de más de 30 años de edad no tenían hijos, y la encuesta demográfica y de salud de Kenya todavía arrojaba cifras similares en esos grupos de edad.

Por tanto, para resumir, las nuevas reducciones de fecundidad se lograrán principalmente como resultado de un aumento del uso de anticonceptivos y, como ya hemos visto, este aumento está teniendo lugar a un ritmo más lento, pero los otros determinantes próximos también pueden verse afectados por la evolución de la epidemia del SIDA. Es bien sabido que la fecundidad de las mujeres seropositivas es más baja que la de las seronegativas por una variedad de razones, tanto biológicas como de comportamiento: es más probable que sean viudas o divorciadas, y menos probable que se vuelvan a casar; entre las que todavía están casadas, se reduce la frecuencia del coito y aumenta la mortalidad del feto y los trastornos de la menstruación y, si su pareja también es seropositiva, hay una disminución de la producción de espermatozoides. Zaba y Gregson (1998) han calculado que por cada 10% de la población seropositiva, la fecundidad nacional baja un 4%. Con arreglo a este cálculo, el efecto en las tasas de fecundidad a finales del decenio de 1990, cuando la prevalencia del VIH era del orden del 10%, habrá sido insignificante, pero si la prevalencia aumenta al 20%, o incluso al 40% (como en Botswana), ya no lo será. La epidemia también es posible que afecte a la fecundidad de las personas seronegativas, por cuanto que reduce la actividad sexual extramarital, promueve el uso del preservativo y da a las parejas casadas un incentivo más para tener menos hijos cuando su familia ya se ha ampliado con la adopción de huérfanos.

LOS DIFERENCIALES POR RESIDENCIA, PROVINCIA Y EDUCACIÓN

Todas las encuestas demográficas y de salud mostraban considerables diferenciales de fecundidad, tanto geográficamente como por categoría de educación de la mujer, todas ellas claramente relacionadas con el desarrollo socioeconómico. Se presentan en el cuadro 5. Las tasas globales de fecundidad, que corresponden a los 3 años anteriores a cada encuesta, se basan algunas veces en números incómodamente bajos, por lo que los errores de muestreo, en particular con respecto a los cambios, serán altos.

A excepción de Nairobi, que es un caso aparte, ninguna de las categorías mostraban tasas globales de fecundidad de menos de 3 alumbramientos por mujer en 1998. La Provincia Central, que, en lo que se refiere a mortalidad de niños menores de 5 años, nutrición, educación, comodidades de la vivienda, o cualquier otro índice de desarrollo socioeconómico que se quiera mencionar, les lleva una gran ventaja a las otras cinco provincias (una vez más, con exclusión de Nairobi), mostraba una importante reducción de la fecundidad entre 1989 y 1993, pero esta reducción era relativamente pequeña entre 1993 y 1998. Es tentador deducir que en esa provincia el descenso de fecundidad se está nivelando. Otro tanto se puede decir de las mujeres con estudios de enseñanza secundaria o superior.

A medida que siga disminuyendo la fecundidad en Kenya, cabe esperar que vayan decreciendo esas diferencias, pero no es probable que desaparezcan. Las mejoras del nivel de vida, que caracterizaron al primer cuarto de siglo después de la independencia y se reflejaron en índices tales como mortalidad infantil y en la niñez, tasas de matrícula escolar, o PIB per cápita, estaban claramente desapareciendo en el decenio de 1990. La pobreza, tan lejos de ser erradicada, es probable que aumente, agravada por los terribles

¹ La Encuesta médica de África oriental, realizada a comienzos del decenio de 1950, reveló que en Msambweni, en la costa del Océano Índico, alrededor del 10% de las mujeres de 35 años en adelante no tenían hijos (Brass, 1958).

Cuadro 5
Tasas globales de fecundidad por residencia, provincia y educación

	1989	1993	1998
Urbana	4,5	3,4	3,1
Rural	7,1	5,8	5,2
Nairobi	4,2	3,4	2,6
Central	6,0	3,9	3,7
Costa	5,4	5,3	5,0
Oriental	7,2	5,9	4,7
Nyanza	6,9	5,8	5,0
Valle del Rift	7,0	5,7	5,3
Occidental	8,1	6,4	5,6
Sin instrucción	7,5	6,0	5,8
Primaria incompleta	7,5	6,2	5,2
Primaria completa	6,4	5,0	4,8
Secundaria y superior	4,8	4,0	3,5

efectos de la epidemia del SIDA. Por tanto, a menos se pueda persuadir a los sectores más pobres y menos instruidos de la comunidad a aceptar la planificación de la familia en el mismo grado que sus compatriotas más acomodados, continuarán teniendo familias relativamente grandes.

EL TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA

Se ha dicho que este concepto, algo nebuloso, refleja el cambio de actitud respecto a la fecundidad. En Kenya ha disminuido, efectivamente, a la par que la fecundidad: 5,8 en el Estudio de frecuencia de uso de anticonceptivos de 1984, 4,4 en la encuesta demográfica y de salud de 1989 y 3,7 en la encuesta demográfica y de salud de 1993. Pero a partir de entonces se niveló, y la encuesta demográfica y de salud de 1998 da una cifra de 3,8. Además, el desglose por grupos de edad nos permite examinar la coherencia de las respuestas dadas en distintos momentos para las mismas cohortes de edad de las mujeres (15 a 19 en 1993 y 20 a 24 en 1998; 20 a 24 en 1993 y 25 a 29 en 1998, etc.), que se presentan en el cuadro 6. Con excepción de la cohorte más joven (15 a 19 en 1993), muestran incrementos pequeños, pero sistemáticos, en el tamaño ideal de la familia, a medida que aumenta la edad de las mujeres, y estos cambios sistemáticos es poco probable que se hayan debido a errores de muestreo. En parte, los incrementos pueden reflejar los aumentos reales del tamaño de la familia experimentados por las mujeres, pero es notable que los mayores cambios en el tamaño ideal de la familia se dieron en las cohortes de más edad, donde los incrementos del número de hijos nacidos habrán sido los más pequeños.

Cuadro 6
Tamaño ideal de la familia declarado, 1993 y 1998

EDSK 1993		EDSK 1998	
15-19	3,5	15-19	3,5
20-24	3,4	20-24	3,4
25-29	3,6	25-29	3,6
30-34	4,0	30-34	3,9
35-39	4,1	35-39	4,4
40-44	4,1	40-44	4,8
45-49	4,5	45-49	4,9

El desglose de las cifras de 1998 por número de hijos vivos, residencia (urbana o rural), provincia y educación, revela pocas categorías cuyo tamaño ideal de familia sea menos de 3. Sólo las mujeres más jóvenes de Nairobi y la Provincia Central, y las de 25 años de edad que habían cursado estudios de enseñanza secundaria o superior, mostraban cifras de menos de 3 e, incluso en esas categorías, ninguna bajaba a 2,5. Para quienes creen que el tamaño ideal de la familia puede tomarse como indicador de niveles futuros de fecundidad, estos datos dan peso a la creencia de que la fecundidad global en Kenya es poco probable que caiga por debajo de tres alumbramientos por mujer.

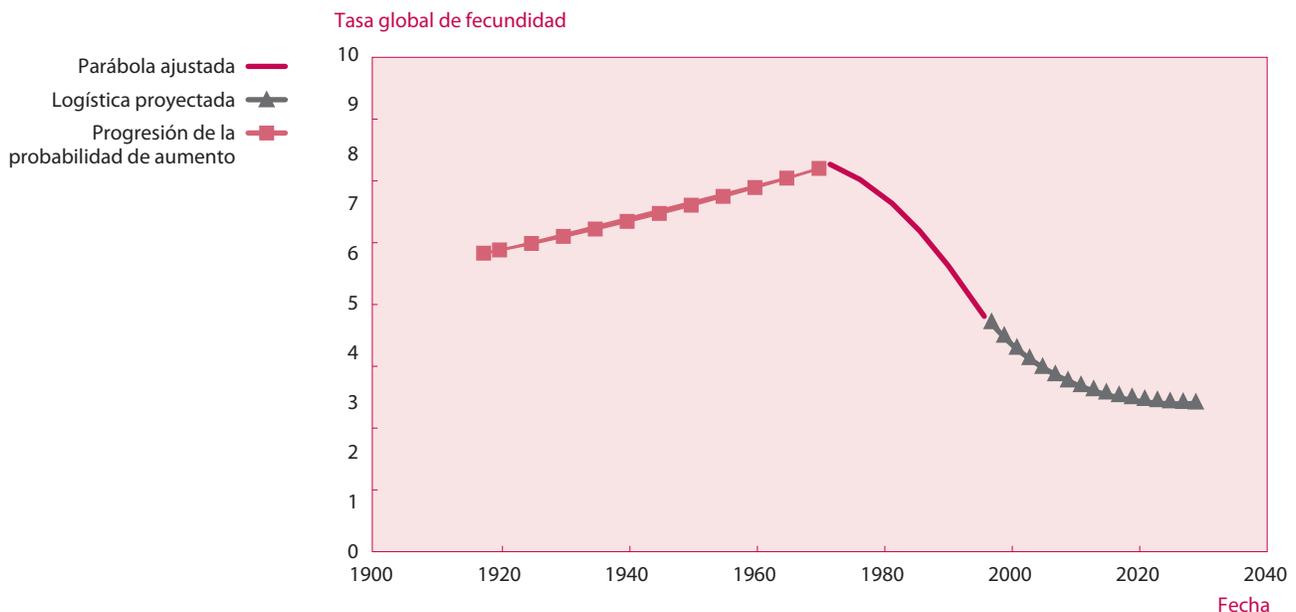
CONCLUSIÓN

En este documento se llega a la conclusión de que es poco probable que la fecundidad global en Kenya se estabilice en menos de tres alumbramientos por mujer. Esta conclusión se basa en una variedad de pruebas algo tenuous: los tamaños completos de familia de cohortes de mujeres todavía en edad de procrear de la encuesta demográfica y de salud de 1998, la lentitud del aumento del uso de anticonceptivos, la tendencia de las tasas globales de fecundidad en la Provincia Central y de las mujeres con educación secundaria, la tendencia descendente y después la estabilización de los tamaños ideales de la familia. Pero también mucho depende de la evolución en el futuro de la epidemia del VIH/SIDA y sus posibles repercusiones en la fecundidad.

Con arreglo a esta conclusión, he ajustado una curva de segundo grado a las estimaciones de finales del decenio de 1970 y finales del decenio de 1990, que se presentan en el cuadro 2, y las he extrapolado al futuro con una curva logística, con una asíntota inferior de 3. Estas curvas, junto con las estimaciones correspondientes al período del aumento de la fecundidad antes de 1970 reconstruidas a partir de los cocientes de probabilidad de aumento de la paridez (Oficina Central de Estadística, 1996a) se presentan en el gráfico 3.

¿Estaría una tasa global de fecundidad de 3 por encima o por debajo del de reemplazo? Esto depende, naturalmente, de la tasa de mortalidad, que, a su vez, estará determinada por el futuro curso de la epidemia del SIDA. Los modelos de población estables indican que una tasa global de fecundidad de 3 sería suficiente para asegurar el reemplazo si la esperanza de vida al nacer no baja de los 45 años. Después del censo de 1989

Gráfico 3
Tendencia a largo plazo de la TGF en Kenya



hemos hecho un nuevo conjunto de proyecciones para Kenya que suponían una mortalidad en aumento a causa del SIDA, de tal magnitud que la esperanza de vida general de ambos sexos después de finales del siglo era algo menos de 45 años (Oficina Central de Estadística, 1996b). Pero los modelos usados para la construcción de las proyecciones se basaban en supuestos bastante desdichados. En particular se había supuesto que la prevalencia del VIH se estabilizaría en el 9%. Esto no ha ocurrido, sino que llegó al 13,5% en 2000, aunque existen indicios de que pudiera estar empezando a nivelarse. Se está construyendo un nuevo conjunto de proyecciones, pero hasta ahora no hemos llegado a ninguna conclusión que se pueda presentar ante esta reunión. No obstante, es difícil evitar la conclusión de que una tasa global de fecundidad de 3 pudiera no ser suficiente para asegurar el reemplazo, al menos hasta que la epidemia del SIDA esté controlada.

Al sugerir que la fecundidad global de Kenya se estabilizará en torno a 3 alumbramientos por mujer, estoy teniendo en cuenta solamente el futuro a corto plazo, digamos, los próximos 20 ó 30 años. Esta conclusión está avalada por el hecho de que en otros países de la categoría de fecundidad intermedia, entre los que figuran Bangladesh² y Malasia, los descensos de la fecundidad, aparentemente, han quedado estancados aproximadamente en este nivel. Cuánto tiempo permanecerá así en Kenya y qué sucederá después, es un tema sobre el que no estoy preparado para hacer conjeturas.

BIBLIOGRAFÍA

- Brass, W. (1958). Models of birth distributions in human populations. *Bulletin de l'Institut international de statistique* (Livraison, Estocolmo) Vol. 36-2e.
- Brass, W. (1975). *Methods for Estimating Fertility and Mortality from Limited and Defective Data*. Chapel Hill, N.C.
- Brass, W. (1981). *The use of the Gompertz relational model to estimate fertility*. International Population Conference, Manila 1981, vol. 3, págs. 345 a 362.
- Brass, W., y Jolly, C.L., comps. (1993). *Population Dynamics of Kenya*. Washington D.C.: National Research Council.
- Brass W., y otros (1968). *The Demography of Tropical Africa*, Princeton, N.J.
- Centro Internacional sobre las Enfermedades Diarreicas, B. (2000). Health and Demographic Surveillance System-Matlab: *Registration of Demographic Events and Contraceptive Use 1998*, Dhaka, Bangladesh, 2000.
- Consejo Nacional de Población y Desarrollo/Oficina Central de Estadística y Macro International Inc. (1989). *Kenya Demographic and Health Survey 1989*, Nairobi y Columbia, MD, octubre de 1989.
- Consejo Nacional de Población y Desarrollo/Oficina Central de Estadística y Macro International Inc. (1994). *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi y Columbia, MD, mayo de 1994.
- Consejo Nacional de Población y Desarrollo/Oficina Central de Estadística y Macro International Inc. (1999). *Kenya Demographic and Health Survey 1998*, Nairobi y Columbia, MD, abril de 1999.
- El Badry, M. A. (1961). Failure of enumerators to make entries of zero: errors in recording childless cases in population censuses. *Journal of the American Statistical Association*, vol. 56, No. 296 (diciembre), págs. 909 a 924.
- Macrae, S. M., E. K. Bauni y J. G. C. Blacker (2001). Fertility trends and population policy in Kenya. En *Brass Tacks: Essays in Medical Demography*, Basia Zaba y John Blacker, comps. Londres.
- Naciones Unidas (1983). *Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica* (publicación de las Naciones Unidas ST/ESA/SER.A/81).
- Oficina Central de Estadística, República de Kenya (1980). *Kenya Fertility Survey 1977-1978*, Primer informe, vol. 1, Nairobi, febrero de 1980.
- Oficina Central de Estadística, República de Kenya (1996a). Kenya Population Census 1989, Informe analítico, vol. 3. *Population Dynamics of Kenya*, Nairobi, abril de 1996.

² En el proyecto de salud maternoinfantil y de planificación de la familia, o zona de tratamiento, de la zona de estudio de Matlab, en Bangladesh, donde las visitas domiciliarias de las trabajadoras de salud han conseguido una tasa de uso de anticonceptivos de 65 a 70%, la fecundidad global ha estado fluctuando en torno a los 3 alumbramientos por mujer durante cerca de un decenio (Centro Internacional de Investigaciones sobre las Enfermedades Diarreicas, B, 2000).

Oficina Central de Estadística, República de Kenya (1996b). Kenya Population Census 1989, Informe analítico, vol. 7. *Population Projections*, Nairobi, abril de 1996.

Zaba, B., y S. Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*. vol. 12 (supl. 1), págs. S41 a S50).

RECONOCIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Paul Kizito, al Profesor E. Ayiamba, al Sr. Ben Obonyo y al Sr. Collins Opiyo, por sus valiosas observaciones y sugerencias.

Tras los pasos de Europa meridional: la fecundidad en el Maghreb

Youssef Courbage*

“La hipótesis se funda en una continuación moderada del descenso de la fecundidad, de tal manera que el índice sintético de fecundidad, estimado en 2,09 en 1999, alcanzaría 1,5 en 2014 y se mantendría estable hasta 2029.”

Instituto Nacional de Estadística,
Proyecciones de la población total
<http://www.ins.nat.tn/>, Túnez, 2001.

INTRODUCCIÓN

Los sitios en la Internet de cuatro de los países del Maghreb (con exclusión de la Jamahiriya Árabe Libia) dan, casi en tiempo real, la rapidez del descenso de la fecundidad. La anticipan en términos que podrían provocar el escepticismo del internauta. Túnez va muy lejos al prever, a partir de 2014, un índice de fecundidad de tan sólo 1,5. Lejos del prudente 2,1 que la División de Población propone como límite del descenso de la fecundidad en el Maghreb.

Argelia y Túnez miden su transición de la fecundidad por los nacimientos inscritos en el registro civil. Marruecos, la Jamahiriya Árabe Libia, donde el registro es casi exhaustivo, y Mauritania (donde no se registra más que uno de cada dos nacimientos) prefieren las encuestas. Pero, sean cuales fueren los países y las fuentes, la transición de la fecundidad está en la fase terminal y acabada —reducción al nivel de reemplazo de las generaciones, de 2,1 hijos por mujer—, en el caso de Túnez.

En esta presentación no se trata de validar las cifras de las encuestas, del registro civil ni de los censos, cuya coherencia está confirmada, como lo ha podido verificar el autor en relación con los cinco países objeto del presente estudio. Más bien se pretende mostrar el carácter singular de la transición de la fecundidad, una de las más rápidas del mundo, pero a la que apenas se ha prestado atención, tal vez por razón de los estereotipos y prejuicios profundamente arraigados, incluso entre los demógrafos experimentados. Sus razones, algunas comunes a numerosos países del sur, otras peculiares del Maghreb, se examinarán seguidamente. Por último, veremos si las previsiones optimistas —¿o pesimistas?— de los tunecinos con respecto al descenso de su fecundidad están respaldadas por la experiencia del pasado y si la repetición de la experiencia de Europa del sur es plausible en el Maghreb.

HACIA LA FECUNDIDAD DE REEMPLAZO

En el cuadro 1 se presenta la tasa de fecundidad del período previo a la transición, la tasa más reciente basada en datos derivados de observaciones y no en las proyecciones, así como la estimación de la División de Población de las Naciones Unidas del año en cuestión (cuadro 1).

* Institut National d'Études Démographiques (INED), París, Francia.

Cuadro 1

La fecundidad en la Unión del Maghreb Árabe, actualmente en su ápice, porcentaje de la transición de la fecundidad realizada, descenso anual, comparación con la División de Población

	Más alta	Fecha	Más reciente	Fecha	Porcentaje de transición realizada	Porcentaje anual de descenso	Estimación de la División de Población	Porcentaje de sobre estimación	Población 2000 (1000)
Argelia	8,36	1962	2,70	2000	90	-3,0	3,02	11,9	30 388
Jamahiriya Árabe Libia	7,62	1982	3,50	1994	75	-6,5	4,04	15,4	5 187
Marruecos	7,40	1972	2,97	1998	84	-3,5	3,40	14,5	28 548
Mauritania	6,79	1987	4,68	1997	45	-3,7	6,00	28,2	2 548
Túnez	7,25	1962	2,08	2000	100	-3,3	2,21	6,3	9 561
Conjunto	7,76	1962-1987	2,84	1994-2000	87	-3,5	3,23	13,6	76 232

Fuentes: Argelia, Registro civil, Oficina Nacional de Estadísticas, *Population et démographie*, 2002, <http://www.ons.dz>. Jamahiriya Árabe Libia, Encuesta PAPCHILD, *Estudio árabe libio sobre la salud maternoinfantil*, El Cairo, 1996. Marruecos, Dirección de Estadística, *Encuesta nacional sobre el nivel de vida de las familias 1998-1999*, Rabat, 2000. Mauritania, *Encuesta demográfica y de salud 2000-2001*, Calverston, 2001. Túnez, Registro civil, Instituto Nacional de Estadística, *Estadísticas económicas y sociales de Túnez, 2002*, <http://www.ins.nat.tn>.

Arrastrada por los pesos pesados, Marruecos, Argelia y Túnez, la fecundidad del Maghreb árabe ha perdido 5 puntos y ha pasado de 7,8 a 2,8 hijos por mujer en una sola generación, el 87% del camino recorrido para alcanzar el nivel de reemplazo. Si el país va con retraso, camina a marchas forzadas para ganar el tiempo perdido. Argelia, de transición más tardía, ha dado alcance y dejado atrás a Marruecos. La Jamahiriya Árabe Libia y Mauritania, en la periferia e incorporados a la transición mucho más tarde, acortan distancias con el centro.

Se trata decididamente del mayor descenso de fecundidad del mundo, con la posible excepción de China y la República Islámica del Irán (cuadro 2): el contraste con la otra mitad árabe del Oriente Medio (Egipto, Sudán, el Creciente fértil y la Península arábiga) es asombroso: el 52% de la transición concluida y un 1,1% solamente de descenso anual de la tasa de fecundidad. Esa singularidad del Maghreb, esta marcada divergencia entre las dos partes del mundo árabe, merece que se le preste atención minuciosa.

Dada la gran atención que se ha prestado al tema, no nos ocuparemos detalladamente de los determinantes próximos de la fecundidad, ya bien medidos, incluso desde hace poco en Mauritania. La edad media al contraer matrimonio de las mujeres se ha retrasado mucho y el celibato es más frecuente; es ilustrativo el caso de la Jamahiriya Árabe Libia, donde la edad media al contraer matrimonio de las mujeres (edad media de la población soltera al casarse) llega a ser de 30 años, o sea, ¡3 años más que en los otros tres grandes países del Maghreb! La anticoncepción, sobre todo la moderna, se ha propagado (58% en Marruecos, 60% en Túnez y, sin duda, en Argelia, 45% en la Jamahiriya

Cuadro 2

La transición de la fecundidad en los otros países o regiones del sur

	Más alta	Fecha	Más reciente	Fecha	Porcentaje de transición	Porcentaje anual de descenso
África oriental	7,03	1972	6,09	1997	19	-0,6
África central	6,59	1982	6,10	1997	11	-0,5
África meridional	6,46	1962	3,29	1997	73	-1,9
África occidental	7,04	1977	5,95	1997	22	-0,8
América Latina	5,97	1962	2,69	1997	85	-2,3
Bangladesh	7,10	1962	3,80	1997	66	-1,8
China	6,06	1967	1,80	1997	100	-4,0
Extremo Oriente	6,15	1957	2,83	1997	82	-1,9
India	5,97	1952	3,32	1997	68	-1,3
Oriente Medio árabe	7,12	1957	4,50	1997	52	-1,1
Pakistán	6,28	1977	5,48	1997	19	-0,7

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Nueva York, 2001.

Árabe Libia en 1995, 8% solamente en Mauritania). La lactancia materna es intensa y prolongada, y sigue siendo el medio de prevención del embarazo más eficaz de Mauritania (21 meses por término medio). Menos conocidos (salvo en Túnez y Argelia, donde evitan el 10% de los nacimientos) son el aborto y la separación de las parejas a causa de la emigración.

LAS EXPLICACIONES FALSAS

A menudo se presenta a la religión y la política de población como los factores del adelanto o el retraso de la transición de la fecundidad. No obstante, el efecto de estos factores es muy limitado, incluso engañoso.

La religión

A diferencia del Oriente Medio árabe, la totalidad de la población maghrebí ha sido y es musulmana. La religión musulmana, supuestamente favorable a la natalidad, habría explicado la alta fecundidad del Maghreb, según ciertos demógrafos (Kirk, 1966; Nagi, 1984; Caldwell, 1986; Cleland y Wilson, 1987; Lutz, 1987). El Islam y la explosión demográfica irían de la mano. Si el paso de una sociedad imbuida de religiosidad a una sociedad secularizada se traduce *ipso facto* por la transición de la fecundidad, se podría pensar, invirtiendo los términos, que el camino inverso contribuiría a bloquear esa transición. Es, en principio, en esa dirección en la que habría debido evolucionar la fecundidad del Maghreb.

Es curiosa la manera en que las opiniones de estos demógrafos se asemejan a los lugares comunes frecuentes entre las clases modestas de la sociedad maghrebí. Pero aquí, el nivel de desarrollo y de conciencia entra evidentemente en juego. Así, en Mauritania, el país menos adelantado de la región, el 25% de las mujeres se oponen a la anticoncepción por “prohibición religiosa”, proporción que baja al 0% en Marruecos, donde, más ilustradas o más pragmáticas, las mujeres saben que el Islam no se opone a la anticoncepción (ni, incluso, al aborto).

El Maghreb no cuenta con ningún régimen “islámico” al estilo de la República Islámica del Irán, por ejemplo (donde, dicho sea de paso, la fecundidad es actualmente inferior al nivel de reemplazo). Pero entre las dos formas de fundamentalismo religioso, por arriba, alentada por el poder, y por abajo, una demanda de la sociedad civil, esta última forma de retorno a la tradición sería la que impediría la modernización demográfica. La sociedad civil maghrebí sería cada vez más fundamentalista. Los signos externos serían manifiestos: uso del velo, práctica más regular del ramadán, rechazo del consumo de alcohol o de la carne de cerdo... o soterrados: aumento exponencial de la clientela de los partidos políticos islamitas, con el concurso generoso de una tercera parte del electorado...

O bien el despertar del Islam es un lugar común, como piensan algunos observadores avisados (Ansari, 1996; Tozi, 1997), o es real. En ambos casos, la explicación no es satisfactoria, ya que la fecundidad no solamente está en marcado descenso, sino que el movimiento se afianza sin titubeos. A pesar de las apariencias, el contexto religioso, oficial o privado, es un elemento neutro de la fecundidad.

La política de población

Se suele recurrir a la política de población para explicar la evolución de la fecundidad. En el Maghreb, el país que más ha adelantado, Túnez, es efectivamente el que adoptó más pronto una política demográfica explícita, reforzada por un código familiar de corte moderno. La personalidad excepcional del presidente Bourghiba, su poderosa legitimidad como artífice de la independencia, su poder de seducción, la simbiosis que consiguió establecer (al comienzo) con su pueblo, comparable a la de Nasser con los egipcios, han contribuido a conseguir que los tunecinos aceptasen medidas entonces poco populares.

Pero los ejemplos en contra abundan. En Marruecos, antes de 1975, pese a la política oficial de población implantada en 1966, la nupcialidad seguía siendo precoz, la fecundidad de los matrimonios y la fecundidad general aumentó en lugar de disminuir, de 7,20 a 7,40, entre 1968 y 1972. La fecundidad de los matrimonios, principal objetivo del programa nacional de planificación de la familia, pasó de 6,73 en 1960-1964 a 6,91 en 1965-1969 y a 7,14 en 1970-1974 (de 15 a 34 años). Los marroquíes de la época no respondieron a las conminaciones del *Makhzen* y su preferencia por las familias numerosas les hicieron rechazar la anticoncepción. La fecundidad marroquí bajó después, pero gracias a otros factores que no tenían que ver con la política oficial de población.

En 1983, en un cambio repentino, Argelia pasó de la noche a la mañana del lema “la mejor píldora es el desarrollo” (Bucarest, 1974) a la “política de control del crecimiento demográfico”. Aunque el presidente Boumédiène (1965-1978) se haya referido con desdén al fuerte crecimiento demográfico, al final fue una posición favorable al crecimiento de población y a la natalidad la que se impuso. Al terminar la guerra de la Independencia, en 1962, Argelia era rica en gas, menos en hombres; sobre todo, el vecino (y rival) Marruecos, estaba más poblado: 12,3 frente a 11 millones de habitantes. Era frecuente medir el poderío del Estado y de la nación por el número de habitantes. Boumédiène se comprometió a crear “un nuevo dragón africano que podría alimentar a 50 millones de personas”. La estrategia argelina de desarrollo, las “industrias industrializantes”, presupone una población abundante y en crecimiento que generaba las condiciones favorables a la expansión del mercado y a las economías de escala. Al margen de estos discursos, los argelinos sufrían las cargas de las familias demasiado numerosas. Antes del viraje de 1983, los argelinos usuarios de la anticoncepción eran tan numerosos como los marroquíes, que disfrutaban del *imprimatur* oficial.

Otra ilustración de la discrepancia entre discurso oficial y realidad concreta es la Jamahiriya Árabe Libia. Más cerca de los países productores de petróleo, ricos y poco poblados de la Península arábiga, que de otros países maghrebíes, siempre ha formado parte del último grupo de países oficialmente poblacionistas y pro natalistas. La Jamahiriya Árabe Libia alienta la profusión, las familias numerosas más que limitadas y los nacionales más que los inmigrantes, acostumbrados a recibir frecuentes jarros de agua fría, como les ha sucedido a los tunecinos, los egipcios, los palestinos, y los africanos. Pese a esas posiciones de principio, la Jamahiriya Árabe Libia oficial no ha conseguido frenar la caída de la fecundidad ni el aumento del celibato.

Por último, la pequeña Mauritania adoptó en 1995 una política de población que excluye el control de la fecundidad y del crecimiento demográfico de sus numerosos objetivos. Inmensa, pero con muy poca densidad de población, teme a sus poderosos vecinos y trata de llenar los vacíos de su territorio con un crecimiento demográfico sostenido. Sin conseguirlo plenamente, ya que la fecundidad ha bajado mucho, mucho más que al sur del Sahara (por su situación geográfica y su composición étnica, Mauritania es también parte de África negra).

La extrema diversidad de las políticas de población maghrebíes, su aparición más o menos tardía o su inexistencia (la Jamahiriya Árabe Libia) no explican en ningún caso la transición demográfica real.

LAS EXPLICACIONES PARCIALES DE LAS DIFERENCIAS DE FECUNDIDAD

Las encuestas de fecundidad, después encuestas demográficas y de salud, han demostrado la estrecha relación entre la fecundidad en el Maghreb (y en otros lugares) y los factores socioeconómicos. La instrucción de la mujer, la urbanización y el tipo de actividad se suelen mencionar con frecuencia. Considerarlos el principal motor de la transición demográfica es excesivo.

Los adelantos en la instrucción de la mujer son necesarios para que la fecundidad pueda disminuir (la urbanización y la actividad femenina no agrícola o fuera del hogar

también lo son). Pero no se trata de una condición *sine qua non*. Marruecos es buena prueba de ello. Es cierto que la fecundidad está relacionada con el grado de instrucción: por ejemplo, en 1996, 3,7 entre las analfabetas, 2,3 entre las que han cursado la enseñanza primaria, 1,9 las que han cursado la secundaria y 1,6 las que tienen estudios superiores. Pero el motor de la transición de la fecundidad no es la educación. ¿Cómo explicar el marcado descenso de la fecundidad de las mujeres analfabetas en Marruecos y en todo el Maghreb: de 6,4 a 3,7 en Marruecos entre 1977 y 1996 (menos del 2,9% al año); en Argelia, de 7,3 a 5,6 entre 1984 y 1990 (menos del 4,5% al año); en Túnez, entre 1975 y 1993 (menos del 2,9% al año). En la Jamahiriya Árabe Libia, 5,2 entre las analfabetas en 1993, y en Mauritania 5,3 en 1997, cifras que sugieren reducciones de la misma magnitud. La transición de la fecundidad afecta a la sociedad en general, instruidas y analfabetas, urbanas y rurales, activas y amas de casa, ya no es un fenómeno exclusivo de la clase privilegiada.

Las explicaciones tradicionales de la transición son, igualmente, insuficientes para definir los umbrales cuantitativos del desencadenamiento del *inicio* de la transición de la fecundidad. En Marruecos, por ejemplo, ningún franqueo del umbral puede dar cuenta en 1975 de su transición precoz. En el momento en que se inicia, el nivel de vida era bajo. El país, era rural en su mayor parte, y las ciudades todavía estaban marcadas por el sello de una psicología rural (urbanas nacidas en su mayor parte en el campo). El analfabetismo predominaba en la población adulta, tanto entre las mujeres como entre los hombres. El costo de los hijos, medido por la escolarización, era bajo: menos de un niño de cada dos en edad escolar. La situación de la mujer, excepto la participación en la población activa (menos la calidad de esa participación), siempre ha sido precaria, bien se trate de la sobremortalidad femenina anormal en la juventud, la escolarización de las niñas, las condiciones del matrimonio: diferencia de edad entre los cónyuges, divorcio, repudio, pensión alimentaria..., la situación jurídica, la participación en la vida política o en los puestos superiores del Estado. Por último, cuando la fecundidad empezó a caer en 1975, la mortalidad infantil todavía era de más de un 100 por mil y había variado poco los años precedentes: 119 por mil en 1960-1964. Por tanto, no ha sido una revolución epidemiológica la que ha preparado la de la fecundidad.

GEOPOLÍTICA Y FECUNDIDAD: LA PECULIARIDAD DEL MAGHREB EN EL MUNDO ÁRABE

A un lado y otro de la Jamahiriya Árabe Libia, los orígenes, la geografía, la historia otomana, seguida de la colonial y la poscolonial, han forjado una peculiaridad maghrebí que ha podido marcar los comportamientos de reproducción. Los 130 años de historia común entre Europa y Argelia, 75 años con Túnez y 44 con Marruecos, así como el medio siglo de intensas relaciones mantenidas después de las independencias (1956 a 1962), no han dejado de tener efecto. La mujer del Maghreb se casa más tarde y tiene menos hijos que la mujer del Cercano Oriente, aun cuando todos los factores socioeconómicos habrían inducido a pensar lo contrario. Los indicadores socioeconómicos y la instrucción son mejores en Machrek que en el Maghreb, donde la fecundidad es más baja: 2,8 frente a 4,5. La diferencia no existía en los años 70, pero ha surgido y ha aumentado desde entonces. La variable regional Maghreb/Machrek es significativa: las variaciones de la fecundidad se explican al 56% con las variables clásicas, al 77% si se tiene en cuenta el criterio regional.

El factor lingüístico

Si en el Maghreb el matrimonio es más tardío y la fecundidad más baja, tal vez sea debido a que la influencia occidental es en él muy fuerte. En el Maghreb, los medios de información extranjeros circulan con rapidez. *Le Figaro* y *l'Equipe* se imprimen en Casablanca, le *Monde*, se distribuye el mismo día, las cadenas de televisión francesas o la RAI uno, tienen más público que las nacionales. Esta exposición a los medios de información y sus

numerosos mensajes demográficos no afecta solamente a un estrato urbano privilegiado: la televisión, en particular la extranjera, ha penetrado en los hogares del medio rural antes que la electrificación generalizada.

En el Maghreb (con excepción de la Jamahiriya Árabe Libia), el sector de educación, tanto público como privado, sigue acusando una fuerte influencia francesa. Pese al monolingüismo oficial, la lengua francesa gana terreno sin esfuerzos especiales y sigue siendo más que un complemento, una baza indispensable para un empleo, en el sector privado e incluso en el público. Los manuales en lengua francesa —redactados en Francia, aunque con más frecuencia en el Maghreb— pueden transcribir un espíritu diferente del de los manuales en árabe, incluso si la materia se supone que sea idéntica. La lengua no es un elemento neutro. Así pues, los comportamientos familiares de los maghrebíes llevarán la marca de los mensajes subliminales del texto escolar. Algunos grupos islámicos no se equivocan cuando acusan al antiguo poder colonial de estar allí siempre, manipulando la educación nacional más que antes de la independencia (efectivamente, el número de maghrebíes francófonos se ha decuplicado a partir de entonces). La explicación es convincente, pero no exclusiva. Estos procesos deberían estar presentes en otros países que se benefician de la lengua extranjera. En África francófona, el francés avanza a pasos de gigante. Sin embargo, pese a las elevadas tasas de escolarización —en francés—, más altas que en el Maghreb, la fecundidad africana baja poco. La enseñanza en lengua extranjera, transmisora de la modernización, no es, pues, la única causa de la reducción atípica de la fecundidad maghrebí.

El emigrante maghrebí como transmisor de cultura

El Maghreb debe esta situación a los medios de información, a la lengua extranjera enseñada, pero más aún a su diáspora emigrada a Europa (Courbage, 1994). La diáspora se ha convertido, de grado o por fuerza, en el relevo de dos culturas. Al comienzo de este siglo, el balance demográfico acumulado se traduce por una reducción directa del 5% de la población maghrebí (población residente y expatriada). Pero la influencia indirecta de la presencia de comunidades expatriadas en Europa es igualmente importante, incluso si no está sujeta a una cuantificación precisa. El emigrado maghrebí en Europa ha podido contribuir a la aceleración de la transición de la fecundidad de su país de origen. La demografía se impregna especialmente de valores adquiridos en otras partes. En los años 60, el migrante estaba marcado por el modelo familiar natalista. Una generación más tarde, ha hecho su aparición una sociedad de la emigración, cuyos valores no se identifican ya con los de los padres fundadores. Pero las diferencias entre ambas orillas del Mediterráneo no significan un alejamiento absoluto: las cortas distancias, los bajos costos de los viajes y las comunicaciones, la necesidad de volver a ver a los allegados, han estimulado el establecimiento de redes de intercambio, caso único en el espacio migratorio actual y a través de la historia. Por los ingresos distribuidos (más del 10% del consumo anual privado de Marruecos proviene de las remesas de los emigrantes), por los bienes duraderos cuya compra permite o introduce durante sus vacaciones, el emigrado ha contribuido a modificar los hábitos de consumo y ha propiciado la revalidación de los costos y beneficios de los hijos.

La decisión de los emigrados maghrebíes de ir a Europa, en vez de a cualquier otro lugar del Golfo Pérsico, por ejemplo, es fundamental. Una transferencia de cultura de su sociedad de acogida a su sociedad de nacimiento, transferencia que se acentúa con la emergencia de los *beur* (maghrebíes de segunda generación). Estudios etnológicos muestran la poderosa influencia de la migración internacional en la fecundidad a través de los determinantes próximos o socioeconómicos: escolarización de los niños, al eliminar obstáculos materiales y sobre todo morales a su ingreso a la escuela (en particular en el caso de las niñas); instalación de la familia en la ciudad para beneficiarse de las remesas de ahorros; igualdad de trato de hombres y mujeres; trabajo femenino, que se convierte en una necesidad por la partida del marido y la *potenciación* de la mujer, por el hecho de que es ella la

que pasa a hacer las decisiones, sin olvidar lo más importante: la difusión de las normas de familia limitada en vigor en la diáspora, entre los parientes que han quedado en el país. La migración internacional, su aportación en capital, genera una intensificación agrícola que incita al cálculo económico más refinado y a la adopción de estrategias familiares adaptadas: menos hijos, pero mejor formados, por ejemplo. Además, por un efecto de mimetismo, la migración internacional tiene efectos de bola de nieve. Las familias de no-emigrantes, para no perder su categoría social, deben encontrar opciones viables y evolucionar.

Lejos de los conflictos del Cercano Oriente

Por último, la fecundidad ha podido bajar en el Maghreb más que en otros lugares del mundo árabe por su menor implicación en el conflicto árabe-israelí, factor decisivo de la alta fecundidad. Pese a una solidaridad de principio, lejos de la escena oriental, los maghrebíes no están tan solicitados como los palestinos, sirios, jordanos, cuya fecundidad se convierte, por los avatares de la escena política, en una forma de nacionalismo demográfico.

¿UNA TRANSICIÓN DE POBREZA?

La singularidad de la transición de la fecundidad, de la fecha del inicio, radica en la importancia que tiene, más que en ningún otro lugar, la economía rentista. En las sociedades donde la estructura de la familia ha sido durante largo tiempo patriarcal, cuando el destino del individuo está dirigido de la cuna a la sepultura, se refuerza la alta fecundidad. Falta la motivación para contrarrestar la preferencia por la familia numerosa (Boutani y Fargues, 1990). Además de su singularidad cultural, el descenso de la fecundidad en el Maghreb se asemeja a un proceso de salida de la economía rentista y de crisis económica duradera. No obstante, es imposible cuantificar el efecto de los dos factores, económico y cultural, por haber actuado los dos de manera concomitante.

Con excepción de Túnez, el primero en entrar en la transición, y donde es difícil establecer vínculos sólidos entre la evolución demográfica y económica. Gastineau (Gastineau, 2001) acaba de demostrar, a partir de encuestas regionales, el efecto de la pobreza en la adopción de prácticas antinatalidad en Túnez. En los otros cuatro países del Maghreb la conexión es todavía más clara.

Marruecos fue el precursor de la salida de la economía rentista de redistribución. La evocación de la entrada y salida de la economía rentista parecer surgir de lo irreal, hasta tal punto recuerda el fosfato de Marruecos a una economía de otra era. No hace tanto tiempo, el fosfato de Marruecos alimentaba una economía que distaba mucho de ser de precariedad. Una renta ofrecida por el subsuelo, distribuida por el Estado, reforzaba la preferencia social por la familia numerosa. La triplicación del precio de los fosfatos al comienzo del decenio de 1970 permitió financiar equipos e infraestructuras de numerosos efectos multiplicadores. Los funcionarios recibieron considerables aumentos de sueldo. Los productos básicos estaban subvencionados y se concedieron generosas becas de estudio a los estudiantes.

El año de 1975, fecha del comienzo de la transición de la fecundidad, marca también el comienzo de un cambio político y económico. El Estado pierde en algunos años uno de sus principales ingresos no tributarios: el fosfato. Los precios cayeron un 50% en unos pocos meses, en el momento en que la guerra del Sahara multiplicaba los gastos militares. La tasa de fecundidad se desplomó en 4 años, de 7,4 en 1973 a 5,9 de 1977. Una reducción tan abrupta, del 5,5% al año, que no se puede explicar por los factores clásicos: urbanización, educación, supervivencia infantil, ni por la política demográfica. Con la merma de los ingresos de la renta, el Estado gravó al ciudadano: los impuestos y la fiscalidad aumentaron más del 50% entre 1972 y 1975. Los gastos que el Estado sufría con el fosfato vinieron a recaer sobre los recursos de la familia.

Con un decenio de ventaja sobre los otros países del Maghreb, Marruecos se apartó de la tradición que no deja a la mujer más que el espacio doméstico y favoreció su participación en las actividades económicas. Los nuevos ritmos se dejaron sentir en las decisiones sobre el matrimonio y la reproducción: limitaciones horarias, debilitación de las redes familiares que se ocupaban del cuidado y la crianza de los niños. Incluso entre las mujeres analfabetas, el costo de oportunidad de un nacimiento se convirtió en un dato de las estrategias familiares. La actividad de la mujer se afirmó como criterio diferenciador de la fecundidad, en el momento en que la crisis de 1975 marcaba la entrada de la mujer en la población activa. Entre 1960 y 1995, las tasas de actividad de las mujeres de 20 a 34 años (responsables del 85% de los nacimientos) se han cuadruplicado, de menos del 10% al 37%, con el cambio decisivo a mediados del decenio de 1970, como respuesta del trabajo de la mujer a la crisis económica y en sustitución de la renta del subsuelo. En la balanza comercial de los años 90, las exportaciones de fosfato no representan más que la mitad de las del sector fabril (donde la población activa tiene un fuerte componente femenino).

Argelia, durante largo tiempo “oriental” y rentista, y la Jamahiriya Árabe Libia, siguieron también, con 10 años de retraso, la trayectoria marcada por Marruecos. En estos dos países, la crisis del petróleo de 1985 supuso un grave golpe para la economía, que dependía para la mayor parte del PIB y la totalidad de sus exportaciones de la generosidad de un subsuelo mucho más rico que el de Marruecos. La caída brutal de la fecundidad argelina en 1986 parece responder así, con una diferencia de un año, a las del gas y del petróleo (Fargues, 2000). Pero al contrario que Marruecos, Argelia no ha sabido o no ha podido movilizar a la mitad femenina de su población —lo que se puede atribuir, en parte, a la inseguridad de la guerra civil a partir de 1992—, que se ha mantenido al margen de los circuitos productivos. Por tanto, la pobreza se ha propagado con más rapidez que en Marruecos y el descenso de la fecundidad ha sido allí incluso más pronunciado.

En la Jamahiriya Árabe Libia, la catástrofe del petróleo y más tarde el embargo de las Naciones Unidas en 1992 provocaron una escasez de bienes de primera necesidad y una economía de precariedad. En comparación con la de “prosperidad” de principios del decenio de 1980: 7,62 hijos, la fecundidad descendió a 6,35 en 1987 dos años después de

Cuadro 3

La evolución de la tasa de fecundidad en el Maghreb, por grado de instrucción

Año	Sin instrucción	Educación primaria	Educación secundaria y más
Marruecos			
1977	6,36	4,63	4,15
1982	5,84	3,83	2,24
1985	5,20	3,15	2,34
1987	5,08	3,08	2,27
1991	4,86	2,36	2,03
1993	4,04	2,36	1,89
1996	3,70	2,30	1,80 (1,90 secundaria, 1,60 universitaria)
Argelia			
1984	7,34	4,95	3,39
1990	5,57	3,67	2,94
Túnez			
1975	6,60	4,30	3,00
1985	5,10	3,92	2,66
1993	3,90	2,72	2,05
Jamahiriya Árabe Libia			
1993	5,18	3,86	3,33
Mauritania			
1997	5,30	4,70	3,50

Fuente: Encuestas de fecundidad, encuestas demográficas y de salud, PAPCHILD. Los años corresponden a la mitad del período observado.

la crisis del petróleo, a 4,08 después del embargo de las Naciones Unidas en 1992, y a 3,5 en 1995... En la Jamahiriya Árabe Libia es, evidentemente, difícil invocar la impregnación por la cultura occidental o el bilingüismo como elementos de la transición de la fecundidad. Fueron los precios del petróleo y las decisiones de la “comunidad internacional” los que dieron al traste con la economía y, arrastraron con ella a la demografía libia.

¿Mauritania, país rentista? En cierto modo. La tendencia a la baja del precio del mineral de hierro, la incertidumbre de la pesca (con las variaciones de precio, que puede duplicarse), pero, sobre todo, las pertinaces sequías de 1977 a 1984, que han obligado a la casi totalidad de la población a adoptar un modo de vida sedentario. El PIB per cápita ha disminuido un 30% entre 1980 y 1989; el factor decisivo de la transición de la fecundidad, sin que ni la población ni su gobierno la desearan ardientemente. La tasa de fecundidad ha acusado el golpe con una cierta disminución del nivel anterior a la transición, de 6,79 en 1985-1989 a 5,85 en 1990-1994 y a 4,68 en 1995-1999.

La elasticidad de la demografía maghrebí en la coyuntura económica es tal que suscita la cuestión de la irreversibilidad: ¿qué sucedería en caso de una subida de los precios del petróleo, del gas, del fosfato, del hierro y del pescado? La recuperación se ha iniciado recientemente. Los precios del petróleo y del gas (Argelia, la Jamahiriya Árabe Libia) han aumentado, los del fosfato (Marruecos) y el hierro (Mauritania) también, aunque en menor grado. Sin embargo, se puede excluir esta simetría, como lo demuestra Argelia, cuya fecundidad continúa cayendo pese al importante repunte de los precios del petróleo y del gas. Por un efecto trinquete, se produce una desconexión del proceso del descenso en relación con la causa original que lo ha generado. Otros componentes toman el relevo, la instrucción de la mujer es uno de los principales, pero no el único. La “globalización de los espíritus” que llega al Maghreb, la “cultura pop”, que se propaga gracias a la parábola (Martine, 1996), dan uniformidad a los componentes de la fecundidad de manera preferente (Barber, 1996; Cook, 1994).

LAS NUEVAS PERSPECTIVAS

¿Podría, entonces, la fecundidad maghrebí caer tanto como ha caído la de Europa meridional? ¿O llegar a ser de 1,5 hijos por mujer, como se prevé en el caso de Túnez (véase el epígrafe)? Podría caer mucho más de lo que prevé la División de Población de las Naciones Unidas en su último conjunto de proyecciones (Naciones Unidas, División de Población, 2001). Ni la religiosidad, en alza o en baja, ni las fluctuaciones de la economía, son susceptibles de desempeñar un papel importante en los próximos 25 años (proyectar más allá de esas fechas sería un ejercicio puramente mecánico), a juzgar por la experiencia del pasado reciente, que es la mejor guía para el futuro.

En cambio, dos factores parecen ser decisivos. El aumento continuo del grado de instrucción, en particular de la mujer en edad de procrear, y la difusión acelerada de normas restrictivas de reproducción, de la familia ideal de 2 hijos por familia, que afecta cada vez más la manera de pensar, de los medios más acomodados (o los más instruidos) a los menos acomodados (o analfabetos). En el Maghreb, se planifican y espacian los nacimientos para poder enviar 2 hijos a la universidad, de ser posible a una universidad extranjera y, por tanto, costosa.

La sinergia de los efectos de estructura: recomposición de la población femenina en edad de procrear, y de difusión: descenso de la fecundidad en cada grupo de mujeres según su grado de instrucción, acelerará el descenso. En el cuadro 4 se presentan nuestras estimaciones de la recomposición de la población femenina en edad de procrear y el descenso de las tasas de fecundidad parcial (por grado de instrucción) sobre la base de las tendencias del pasado reciente (para detalles sobre el método, véase Courbage, 2002). En el cuadro 5 se comparan nuestras estimaciones de la tasa de fecundidad proyectada con las de la División de Población de las Naciones Unidas. Para no sobrecargar el cuadro, la hipótesis media sólo se ha mencionado.

Cuadro 4
La evolución de la composición de la población femenina en edad de procrear (%)
y las tasas parciales de fecundidad en el Maghreb, 2000-2025

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Marruecos						
Analfabetas	47,9	44,1	40,6	37,4	34,4	31,7
Primaria	20,1	20,9	21,1	20,7	19,8	18,2
Secundaria y más	32,0	35,0	38,3	41,9	45,8	50,1
Combinadas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analfabetas	3,34	2,96	2,62	2,32	2,12	2,10
Primaria	2,25	2,14	2,10	2,10	2,10	2,10
Secundaria y más	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80
Combinadas	2,72	2,43	2,22	2,07	1,98	1,96
Argelia						
Analfabetas	26,9	19,2	13,8	9,9	7,1	5,0
Primaria	17,7	16,2	14,7	13,4	12,2	11,1
Secundaria y más	55,4	64,6	71,5	76,7	80,7	83,9
Combinadas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analfabetas	3,35	2,54	2,10	2,10	2,10	2,10
Primaria	2,13	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
Secundaria y más	2,12	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
Combinadas	2,66	2,22	2,10	2,10	2,10	2,10
Túnez						
Analfabetas	24,1	14,8	9,3	5,8	3,7	2,3
Primaria	35,5	41,0	42,4	41,4	38,7	34,6
Secundaria y más	40,4	44,2	48,3	52,8	57,6	63,1
Combinadas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analfabetas	2,65	2,06	2,06	2,06	2,06	2,06
Primaria	1,91	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Secundaria y más	1,72	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Combinadas	2,06	1,74	1,71	1,68	1,67	1,65
Mauritania						
Analfabetas	25,1	25,1	20,1	16,1	12,9	10,3
Primaria	56,1	55,0	60,9	62,8	63,8	63,6
Secundaria y más	18,8	19,9	19,0	21,1	23,3	26,1
Combinadas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Analfabetas	4,85	4,36	3,93	3,54	3,18	2,87
Primaria	4,24	3,76	3,32	2,94	2,61	2,31
Secundaria y más	3,2	2,83	2,51	2,22	2,1	2,1
Combinadas	4,28	3,77	3,31	2,91	2,58	2,32

Con hipótesis extremadamente prudentes, pero con una técnica de proyección perfeccionada, se puede confirmar que la fecundidad del Maghreb es, en la actualidad, más baja que la que dan las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas: 2,51 en 2000-2005, frente a 2,94, y que disminuirá más de lo previsto: 2,01 en lugar de 2,17 en 2020-2025. La diferencia entre los dos conjuntos de proyecciones se manifiesta en todas partes, pero en ninguna tanto como en Mauritania, donde las diferencias se deben sobre todo a un elemento externo: la reciente divulgación de los resultados de la encuesta demográfica y de salud de 2000-2001. Esto es ilustrativo: cada vez que los resultados de una encuesta, del censo o del registro civil se publican en cualquier país maghrebí, muestran que se había subestimado en exceso la rapidez del descenso de la fecundidad.

Esta reevaluación de la fecundidad, actual y a medio plazo, se traduce en una reducción de la población futura del Maghreb: 103 millones en 2025, en lugar de los 111 millones previstos por la División de Población. La diferencia se debe sobre todo

Cuadro 5
Comparación de nuestras estimaciones de la fecundidad en el Maghreb
con las de la División de Población (2000-2025)

	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Marruecos					
Nuestra	2,57	2,32	2,14	2,02	1,97
División de Población	3,03	2,66	2,29	2,10	2,10
Argelia					
Nuestra	2,44	2,16	2,11	2,10	2,10
División de Población	2,79	2,33	2,10	2,10	2,10
Túnez					
Nuestra	1,90	1,72	1,69	1,68	1,66
División de Población	2,10	2,10	2,10	2,10	2,10
Jamahiriya Árabe Libia					
Nuestra	3,03	2,68	2,38	2,17	2,10
División de Población	3,31	2,83	2,34	2,10	2,10
Mauritania					
Nuestra	4,02	3,54	3,11	2,74	2,45
División de Población	6,00	5,76	5,27	4,78	4,29
Combinada					
Nuestra	2,51	2,25	2,12	2,04	2,01
División de Población	2,94	2,57	2,29	2,19	2,17

Fuente: Courbage, Y. (2002);
División de Población (2001).

a la fecundidad, pero también a las divergencias en el tamaño inicial de la población al comienzo de la proyección, diferencia sensible en el caso de Marruecos y de Mauritania. La reducción no es anodina, si se tiene en cuenta la presión demográfica ineludible que experimentará el Maghreb en el curso de los próximos 25 años a causa del efecto de inercia demográfica (momentum). Entre 2000 y 2025, en lugar de 33 millones de habitantes adicionales, habría 26 millones que se añadirían, es decir un 22% menos que en la proyección de la División de Población realizada en 2000. Los tramos de edad jóvenes no crecerán más, mientras que el envejecimiento, perspectiva todavía lejana, seguirá contenido. El Maghreb árabe, más que el Cercano Oriente menos adelantado en su transición de la fecundidad, estará bien situado para sacar partido del dividendo demográfico, de la ventana demográfica de oportunidades.

Nuestra hipótesis media se basa en la extrapolación de tendencias pasadas, por lo que es una hipótesis conservadora. En los dos extremos, Túnez : 1,66, y Mauritania: 2,45. Cerca del umbral de reemplazo en 2020-2025, Marruecos: 1,97, Argelia y la Jamahiriya Árabe Libia: 2,10. Pero no hay límite ineludible para el descenso y se podría prever una evolución todavía más escalonada hacia tasas de 1,6-1,8, las del tramo femenino que ha cursado estudios secundarios o universitarios en Marruecos, Argelia, Túnez y, sin duda, en la Jamahiriya Árabe Libia. Estas tasas no tienen nada de temibles y, además, son compatibles con un descenso final en generaciones de 2 hijos o más, por razón del retraso de la edad al contraer matrimonio. Pero nada garantiza que el descenso de la fecundidad pueda pararse ahí y no desplomarse, a ejemplo de lo que se vislumbra para la fecundidad de Túnez de menos de 1,5, es decir los 1,1 a 1,2 hijos por mujer de los países de Europa meridional.

La proporción de mujeres solteras de alrededor de 30 años, edad a la que es difícil casarse, es ya de más del 40%. Con proporciones tan elevadas de 30 años, es dudoso que los países del Maghreb puedan continuar disfrutando de un celibato definitivo casi nulo (inferior al 3%), como sucedió en el decenio anterior. Muchas mujeres maghrebíes no se pueden casar por las dificultades que impone la recesión económica en el mercado matrimonial. Una minoría cada vez más numerosa rechaza el matrimonio por decisión personal: preferencia por la carrera profesional, rechazo de un matrimonio “de conveniencia” o concertado.

Las que terminan por casarse no quieren renunciar a la vida activa y optan por tener un número muy limitado de hijos, que no sea un obstáculo para su carrera.

La rapidez con la que la generación de las hijas de España, Italia, Grecia han repudiado los valores de sus madres, que ensalzaban el matrimonio y la familia, podría muy bien reproducirse en el Maghreb, a unas cuantas brazas de las orillas del sur de Europa y abierto plenamente a sus imágenes e influencias, con las consecuencias devastadoras, tan bien conocidas, para la fecundidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ansari, A. (1997). *L'islam est-il hostile à la laïcité*, Casablanca, Le Fennec.
- Barber, B. (1996). *Jihad v.s. MacWorld*, Nueva York, Times Book.
- Boustani, R. Fargues, Ph (1990). *Atlas du monde arabe, géopolitique et société*, París, Bordas.
- Caldwell, J. (1986). Routes to Low Mortality in Poor Countries, *Population and Development Review*, No. 2.
- Cleland, J. Wilson C. (1987). "Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View", Londres, *Population Studies*, 1987.
- Cook, M. (1994). "Exporting the Sexual Revolution: Cairo's Hidden Agenda", en Cook M. (comp.), *The New Imperialism. World Population and the Cairo Conference*, Canberra, Little Hill Press.
- Courbage, Y. (2002). *New demographic scenarios in the Mediterranean Region*, París, INED.
- Courbage, Y. (1994). "Demographic Transition among the Maghreb Peoples of North Africa and in the Emigrant Community Abroad", Ludlow P. (comp.), *Europe and the Mediterranean*, Londres, CEPS/Brassey's.
- Dirección de Estadística (2000). *Encuesta nacional sobre el nivel de vida de las familias 1998/1999*, Rabat.
- Fargues, Ph (2000). *Génération arabes. L'Alchimie du nombre*, París, Fayard.
- Gastineau, B. (2001). *La transition démographique en Tunisie* (tesis, en prensa), Nanterre.
- Kirk D. (1966). "Factors Affecting Moslem Natality" en Bernard Berelson, *Family Planning and Population Programs*, Chicago.
- Lutz, W. (1987). Culture, Religion and Fertility: A Global View", *Genus*, Nos. 3 y 4.
- Martine, G. (1996). "Brazil's Fertility Decline", *Population and Development Review*, No. 1
- Naciones Unidas, División de Población (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Nueva York.
- Nagi, M. (1984). Trends and Differentials in Moslem Fertility, *Journal of Biosocial Science*, No. 16.
- Oficina Nacional de Estadística (1994). *La encuesta argelina sobre la salud de la madre y el niño*, Argelia/El Cairo (en árabe).
- Oficina Nacional de Estadística, DHS (2001). *Encuesta demográfica y de salud de Mauritania 2000-2001*, Washington.
- Proyecto Panárabe para el Desarrollo del Niño (1995). *Estudio árabe libio sobre la salud materno infantil*, El Cairo.
- Proyecto Panárabe para el Desarrollo del Niño (1999). *Estudio nacional sobre la salud materno infantil*, 1997, Rabat/El Cairo.
- Proyecto Panárabe para el Desarrollo del Niño (1996). *Estudio tunecino sobre la salud materno infantil*, Túnez/El Cairo.
- Tozy, M. (1997). "La Méditerranée à l'épreuve des enjeux religieux", en *La Méditerranée au XXIème siècle*, GERM, Casablanca.

La fecundidad en México: tendencias y perspectivas

Rodolfo Tuirán*, Virgilio Partida*, Octavio Mojarro* y Elena Zúñiga*

*“Cuando no puedo satisfacer mi razón,
me gusta respaldarla con mi fantasía.”*

THOMAS BROWNE

*“De momento,
el destino del mundo depende,
en primer lugar, de las estadísticas y,
en segundo lugar, de los intérpretes.”*

TRYGVE LIE

En el presente documento se examinan los niveles, las tendencias y los diferenciales de la fecundidad en México durante los últimos tres decenios, junto con sus determinantes principales. Asimismo, con el fin de identificar algunas regularidades de este proceso de cambio, se explora la variedad de experiencias regionales respecto al inicio del descenso de la fecundidad. En el documento se analizan también, brevemente, algunos de los determinantes de la fecundidad y se señalan las características de la población residente en los municipios que están a punto de alcanzar, han llegado o están por debajo del nivel de reemplazo.

A la luz de esos elementos, se especula acerca de la evolución futura de la fecundidad en México, y se trata de llegar a algunas conclusiones preliminares respecto a los factores que podrían determinar si, a corto y a medio plazo, el nivel de esa variable demográfica continuará su descenso por debajo del nivel de reemplazo o si, por el contrario, se estabilizará por encima de él. El documento concluye con una discusión de los supuestos sobre la evolución de la fecundidad en los que se basan las proyecciones de población de México, así como los resultados derivados de otras hipótesis.

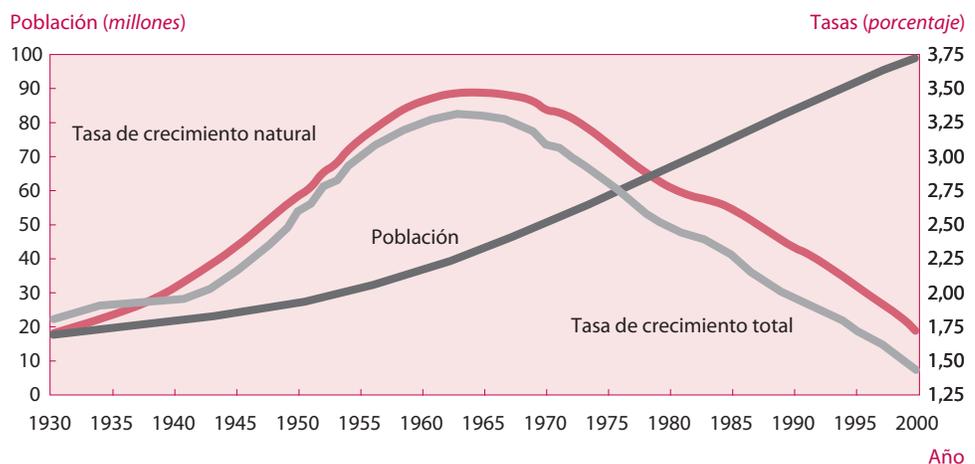
* Consejo Nacional de Población, México.

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO

En el nuevo milenio, México atraviesa un intenso proceso de cambio que entraña múltiples transiciones en las esferas económica, social, política, urbana, epidemiológica y demográfica. El país está avanzando en estas transiciones, aunque tardará algún tiempo en concluir cada una de ellas.

La transición demográfica es un proceso que casi todos los países del mundo han emprendido y consiste, en términos generales, en el tránsito de un régimen con tasas altas e incontroladas de fecundidad a otro con tasas bajas y controladas. Como es bien sabido, ese proceso dista mucho de ser uniforme, tanto entre los países como dentro de ellos. El estudio de las pautas y modalidades de la transición demográfica en una gran variedad de países ha revelado importantes diferencias en cuanto al inicio, el ritmo, la duración del proceso y el tiempo transcurrido desde el descenso de la mortalidad al descenso de la fecundidad.

Gráfico 1
Población y tasas de crecimiento natural y total, México, 1930-2000



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

México avanzó considerablemente en este proceso de cambio en el siglo XX, hecho que se reflejó en el intenso crecimiento de población registrado entre 1930 y 1970, así como en su ritmo considerablemente más lento durante los últimos tres decenios. Se ha estimado que la dinámica demográfica creció del 1,7% en 1930 al 2,7% en 1950 y al 3,5% en 1965. A partir de ese año, como consecuencia del descenso de la fecundidad y de la mortalidad, la dinámica demográfica empezó a perder velocidad gradualmente y registró una tasa del 3,3% en 1970, del 2,6% en 1985 y del 1,7% en 2000 (véase el gráfico 1). Como se puede ver, después de un largo período de transformación demográfica, la población mexicana entró en el nuevo milenio con una tasa de crecimiento natural similar a la observada hace 70 años, pero con una población seis veces mayor.

La transición demográfica de México recibió un notable impulso a partir de los años 30 —en un ambiente de profundas reformas económicas, políticas y sociales—, cuando se registró un rápido y sostenido descenso de la mortalidad. En aquellas fechas, la esperanza de vida llegó a ser de 36,2 años (35,5 en el caso del hombre y 37,0 en el de la mujer), mientras que actualmente es de casi 75 años (73,4 en el caso del hombre y 77,9 en el de la mujer). El descenso de la mortalidad general ha sido de tal magnitud que la reducción total del riesgo de morir, acumulada desde 1930 a 2001, es igual al 83,7% entre los hombres y el 86,5% entre las mujeres.

EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN MÉXICO

El descenso de la fecundidad no empezó en el país hasta mediados del decenio de 1960. Los niveles se mantuvieron altos e incluso aumentaron antes del inicio del descenso. Recordemos que las familias tenían cerca de 6 hijos a principios del siglo XX, cifra que llegó a un máximo de 7,2 hijos en los años 60. La gradual propagación de las prácticas de planificación de la familia contribuyó a impulsar la transición de la fecundidad en el país.

En el proceso del descenso de la fecundidad de México se pueden observar tres etapas: i) la primera fase, de descenso inicial, que abarca el período de 1964 a 1973, cuando tuvo lugar una caída de la tasa global de fecundidad de casi un hijo (con un descenso medio anual de 0,09 hijos); ii) la segunda fase, de descenso acelerado, de 1974 a 1984, cuando la tasa global de fecundidad disminuyó en casi 2 hijos (con un descenso anual medio de 0,20), en una estrecha asociación cronológica con el establecimiento de una nueva política de población; y iii) la tercera fase, de descenso moderado, que se extiende de 1985 al año 2001, cuando la tasa global de fecundidad disminuyó en cerca de 1,8 hijos (con un descenso medio anual de 0,10 hijos, equivalente a la mitad de la velocidad de la reducción observada en los 11 años anteriores). Así pues, la fecundidad registró un promedio de

5 hijos por mujer en 1978, después bajó a 4 hijos en 1985, más tarde siguió cayendo a 3 hijos en 1993, hasta llegar a la cifra actual de alrededor de 2,4 hijos (véase el gráfico 2). Como se puede ver, la experiencia mexicana, como la de otros países, demuestra que, una vez iniciada la transición de la fecundidad, el ritmo de descenso se acelera rápidamente. A medida que la fecundidad alcanza niveles más bajos, las nuevas reducciones anuales son cada vez más bajas.

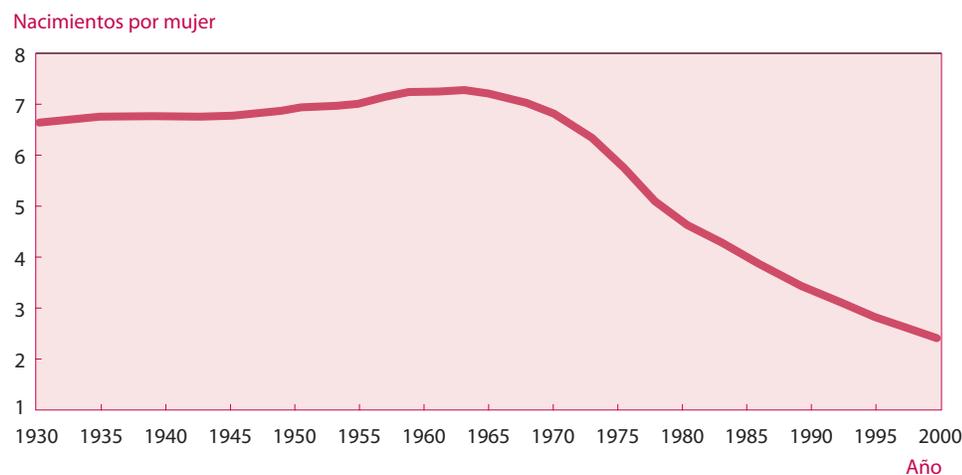
La caída de la fecundidad ha significado importantes reducciones en la intensidad del intervalo a partir del segundo nacimiento, en particular entre las mujeres que empezaron su fecundidad a mediados del decenio de 1970¹. Las reducciones se produjeron primero entre mujeres de alta paridez, a las que siguieron pocos años después las mujeres de paridez más baja². Así, se puede observar que la proporción que cerró el intervalo entre el primer hijo y el segundo cambió del 92% entre las mujeres que lo empezaron en 1957 a casi el 70% entre las que empezaron ese intervalo en 1992. Variaciones más notables se pueden encontrar en las cohortes de mujeres que completaron la transición del segundo hijo al tercero en los 5 años siguientes al comienzo del intervalo (del 91% en 1960 al 53% en 1991). La mayor reducción se registró en el cuarto intervalo, que pasó del 90% de las mujeres que lo empezaron en 1960 al 45% entre las que lo empezaron en 1991 (véase el gráfico 3).

Además del rápido descenso de la proporción de mujeres de alta paridez, el “calendario” de la fecundidad también registró algunos cambios importantes, excepto, una vez más, en el primer intervalo³. Si se usa la mediana como indicador del tiempo que tardan las integrantes de una cohorte en concluir la transición de un nacimiento al siguiente, se puede advertir que el intervalo entre el primer hijo y el segundo aumentó de 21 a 27 meses entre los primeros años 70 y los primeros 90, mientras que el aumento de los intervalos siguientes era ligeramente menor.

Como se puede comprobar por este análisis, cuando la fecundidad estaba en su apogeo, durante los años 60, era frecuente que una elevada proporción de mujeres pasara de una paridez a la siguiente. El paralelismo relativo en la reducción de la probabilidad condicional de tener otro hijo después del primero, así como un aumento de los intervalos intergenésicos, reflejan la generalización gradual de las prácticas de planificación de la familia en todas las parideces.

Si se eslabonan los quantum de los seis intervalos mostrados en el gráfico 3, se puede llegar a la conclusión de que en 1965 más de la mitad (52%) de las mujeres tenía 6 hijos antes de cumplir 30 años de casadas. La caída de la fecundidad propició que esta proporción disminuyera a la tercera parte en 1977 (17,6%) y a poco menos de una catorceava parte en 1991 (3,7%).

Gráfico 2
Tasa global de fecundidad, México, 1930-2000

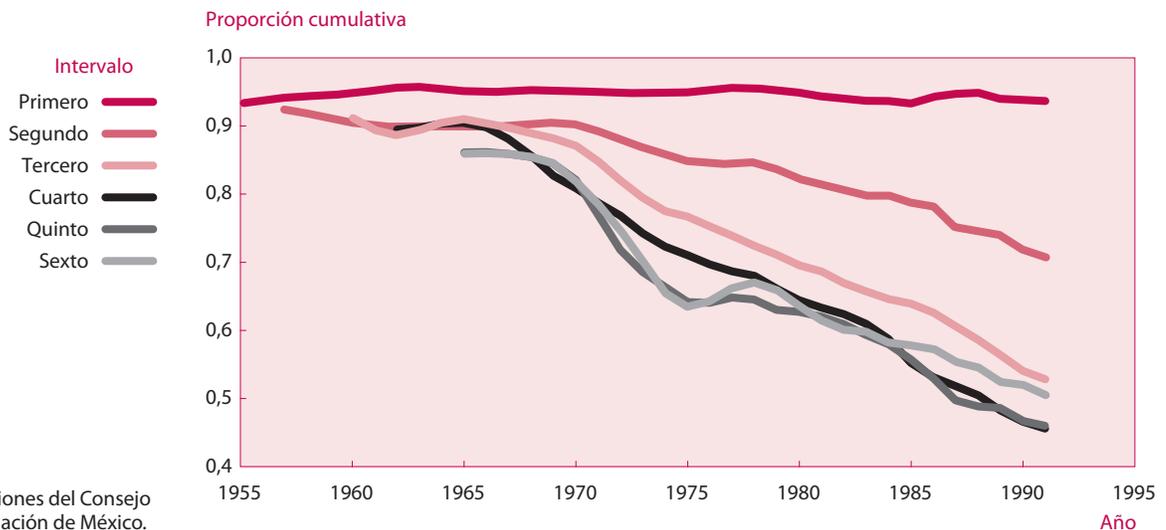


¹ Es preciso decir que la proporción de mujeres que tiene un hijo dentro de los primeros 5 años de una unión estable se ha mantenido constante en los últimos decenios (alrededor del 95% de las mujeres tienen su primer hijo en los primeros 5 años de la unión).

² En la elaboración de este análisis usamos la proporción de mujeres que dan a luz en los primeros 5 años a partir de la celebración del primer matrimonio o del nacimiento de un hijo, a lo largo del período completo de la transición de fecundidad.

³ El intervalo entre la celebración del matrimonio y el nacimiento del primer hijo ha permanecido prácticamente constante desde los años 50 entre las distintas cohortes de matrimonio (alrededor de 13 meses).

Gráfico 3
Quantum, todos los intervalos de nacimiento, México, 1955-1991



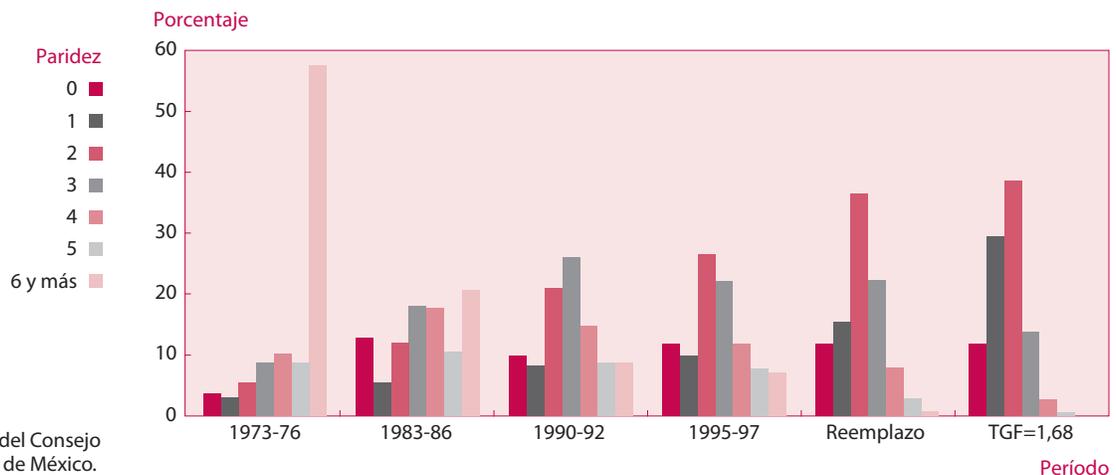
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

Otra forma de examinar los cambios de comportamiento reproductivo es mirar la edad. Sobre la base de las tablas de mortalidad y las tasas específicas de fecundidad por paridez durante el período reproductivo (15 a 49 años) para cuatro períodos distintos, en los gráficos 4 y 5 se presenta la distribución final (hasta los 50 años de edad) según la paridez, así como la esperanza de vida en cada paridez para las mujeres de 15 a 50 años⁴. El cambio en las pautas de fecundidad es evidente. En 1974, cuando la política de población de México adquirió importancia, casi un 60% de las mujeres terminaban su vida reproductiva con 6 hijos o más (la TGF del período era de casi 6 hijos) y pasaban casi un 40% de su vida reproductiva criando hijos. Diez años más tarde, se observaba una distribución más uniforme: prácticamente la misma proporción que concluía con 3 ó 4 hijos lo hacía con 6 hijos o más, mientras que un 40% de su período reproductivo lo pasaba sin hijos.

4 Con arreglo a este esquema, si el producto de cada proporción se multiplica por la paridez correspondiente, se obtiene la tasa global de fecundidad del período.

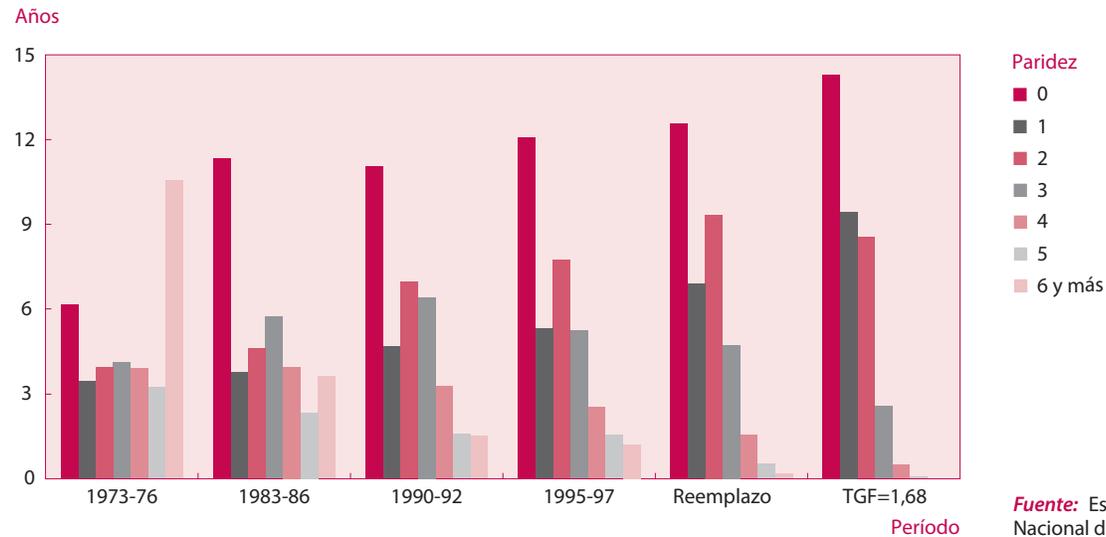
A medida que avanza la transición de la fecundidad, cada vez es más frecuente que la descendencia definitiva sea más reducida y que la mujer dedique menos tiempo a la procreación. De hecho, mientras que en el período de 1973 a 1976 una mujer dedicaba

Gráfico 4
Distribución de la población femenina por paridez a los 50 años de edad, por período, México, 1973-1997



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

Gráfico 5
Número de años vividos en cada paridez, entre 15 y 50 años de edad,
por mujer de 15 años de edad, México, 1973-1997



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

22,2 años de su vida a la crianza de casi 6 hijos hasta que el último cumplía 6 años (un promedio de 3,9 años por hijo), de 1995 a 1997 sólo dedicaba 14,8 años al cuidado de menos de 3 hijos (un promedio de 5,6 años por hijo). De este modo, si al inaugurarse el programa de planificación de la familia, un hijo compartía con su hermano siguiente la mitad del tiempo de la crianza, desde su nacimiento hasta que cumplía 6 años, 22 años más tarde este tiempo se le dedicaba casi exclusivamente a un hijo solo.

LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

La difusión de las prácticas de interrupción y espaciamiento y el considerable aumento del uso de métodos anticonceptivos de altas tasas de eficacia y continuidad, ha sido el principal determinante próximo del descenso de la fecundidad. Se calcula que la proporción de mujeres casadas, en edad fértil, que usan métodos para regular la fecundidad, aumentó del 30% en 1976 a casi el 71% en 2000, mientras que la demanda no atendida disminuyó del 25% a cerca del 10% entre 1987 y 2000. De mantenerse las tendencias observadas, prevemos que en el año 2005, algo menos de tres de cada cuatro mujeres casadas, en edad fértil, usará algún método anticonceptivo, lo que conduciría, según las estimaciones del Consejo Nacional de Población, a la fecundidad de reemplazo.

Cabe señalar que los grupos que se han quedado rezagados en la transición de la fecundidad muestran una gran demanda no atendida de anticonceptivos. En 1997 esta era la situación en que se encontraban las mujeres indígenas (25,8% de las mujeres casadas, en edad fértil), las mujeres que vivían en zonas rurales (22,2%) y las mujeres sin instrucción (21,8%), cuyas características sociales, culturales y geográficas no les permiten el pleno ejercicio de sus derechos reproductivos. Con el fin de atenuar las desigualdades en este aspecto, la política de población se propone reducir la demanda no atendida a corto y a medio plazos. Para lograrlo, es necesario aumentar el acceso a los servicios de planificación de la familia, articular su funcionamiento con estrategias más amplias de desarrollo humano y social y aliviar la pobreza⁵. Se estima que una reducción significativa de este retraso se traduciría en una fecundidad nacional media por debajo del nivel de reemplazo.

Los cambios en las normas de formación y disolución de la familia también han contribuido, aunque en menor grado, a impulsar el descenso de la fecundidad, sobre todo en los últimos años, cuando se puede observar un retraso gradual de la edad al

5 Para analizar el efecto a largo plazo de la mejora del bienestar de la población femenina, construimos un modelo logístico, con algunos determinantes socioeconómicos, del uso de anticonceptivos (con fines exclusivamente exploratorios). Sobre la base de los resultados y el uso de proyecciones actuales por urbanización, servicios familiares, educación y participación en la fuerza laboral, para 2030, el uso de anticonceptivos podría variar de 75,6% a 78,3%, lo que, según el modelo de Bongaarts, se traduciría en una TGF de 1,62 a 1,86 hijos por mujer, en promedio, en dicho año.

- 6 Un análisis más detallado del comportamiento de las mujeres de varias generaciones indica que el matrimonio se ha retrasado cerca de un año: la edad media al establecerse la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953 y 1962 era de 20,2 años; para la cohorte de 1963 a 1967 esta cifra aumentó a 20,8 años y para la generación de 1968 a 1972 alcanzó los 21,3 años.
- 7 El porcentaje de mujeres embarazadas que declaró haber tenido al menos un aborto pasó de 22,7% en 1987 a 19,6% en 1992 y a 19% en 1997. Asimismo, la tasa total de abortos, es decir, el número medio de abortos que habría tenido una mujer al final de su vida reproductiva, ha bajado de 1,2 en 1976 a 0,1 en 1997. La reducción del número de abortos se relaciona con el rápido aumento del uso de métodos anticonceptivos durante el mismo período.
- 8 La práctica de la lactancia materna aumentó del 83% entre 1972 y 1976 al 85% entre 1982 y 1987 y al 90% de 1994 a 1997. No obstante, la duración media de la lactancia se redujo de 12,4 a 9,8 meses entre el primer período y el último.

contraer el primer matrimonio, así como un aumento del número de uniones consensuales, más susceptibles a la ruptura, y un aumento incipiente de las tasas de separación y divorcio⁶, lo que indica que en el futuro esta variable podría tener un peso mayor en el descenso adicional de la fecundidad.

El efecto del aborto en el descenso de la fecundidad al parecer no ha sido tan importante. Aunque no se dispone de datos precisos sobre la extensión de esta práctica en el país, se estima, sobre la base de los datos extraídos de los registros hospitalarios de las principales instituciones de salud del país y de las encuestas sociodemográficas, que la tasa de aborto ha disminuido en los últimos 25 años⁷ debido al menor número de embarazos por el uso de anticonceptivos. Se prevé que el fomento de los servicios de planificación de la familia, junto con la educación y las campañas de comunicaciones dirigidas a fomentar decisiones informadas respecto a la salud sexual y reproductiva, continuará contribuyendo a la reducción de la práctica de los abortos inducidos.

Con respecto a la infertilidad del puerperio derivada de la duración de la lactancia, existen suficientes pruebas para sostener que esta condición no ha tenido un efecto de importancia en la evolución de la fecundidad. Aunque los casos han aumentado ligeramente, también se ha observado una reducción de su duración media⁸.

EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN EL ÁMBITO ESTATAL

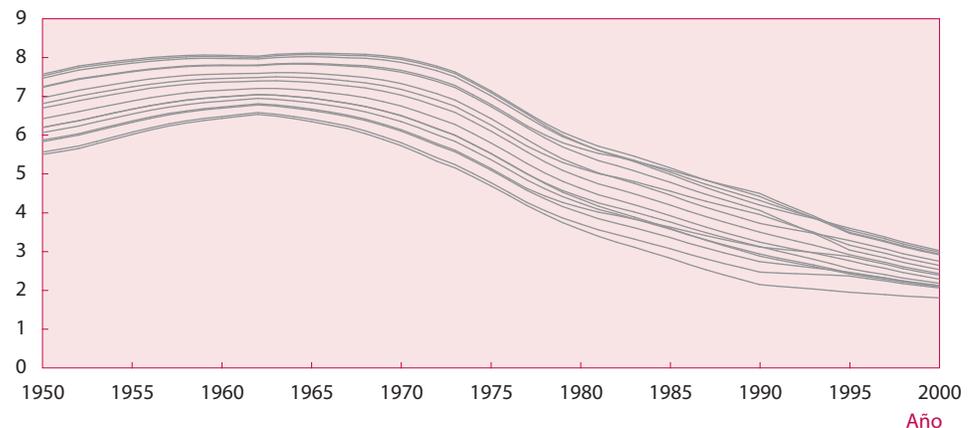
El descenso de la fecundidad en México comenzó en los estados más desarrollados del país, aunque se extendió rápidamente hacia el resto de los estados de la República. Según las pruebas de que disponemos, estos estados alcanzaron, entre 1962 y 1965 la TGF máxima, aunque con diferencias que oscilaban entre 6,3 hijos por mujer en el Distrito Federal y el estado de Baja California, a 8,1 hijos en Guerrero, Oaxaca y Zacatecas. La reducción inicial del 5% de la TGF tuvo lugar, entre 1968 y 1973, en *todos* los estados, mientras que el descenso del 10% se produjo entre 1970 y 1975 (véanse el cuadro 1 y el gráfico 6).

Si se toma como referencia el año en que la TGF alcanzó un nivel de cerca de 6 hijos por mujer en cada estado, es posible conformar cinco grupos de estados (véase el cuadro 2).

- El primer grupo cruzó el umbral entre 1967 y 1970 y está integrado por los estados que tienen el mayor desarrollo relativo, situados en el norte (Baja California Sur, Baja California, Nuevo León, Coahuila, Sonora y Tamaulipas) y el centro de la República (Distrito Federal).

Gráfico 6
Tasa global de fecundidad de 16 estados, México, 1950-2000

Nacimientos por mujer



Cuadro 1
Fecha en la que la TGF en 1965 se redujo un 5% y 10%, por estado, México

Reducción del 5%		Reducción del 10%	
Estado	Año	Estado	Año
En 1968 y 1969		En 1970 y 1971	
Baja California	1968	Baja California	1970
Baja California Sur	1969	Baja California Sur	1971
Coahuila	1969	Coahuila	1971
Chihuahua	1969	Chihuahua	1971
Distrito Federal	1969	Distrito Federal	1971
Nuevo León	1969	Nuevo León	1971
Quintana Roo	1969	Sonora	1971
Sinaloa	1969	Tamaulipas	1971
Sonora	1969	En 1972 y 1973	
Tamaulipas	1969	Campeche	1972
En 1970 y 1971		Colima	1972
Campeche	1970	México	1972
Colima	1970	Morelos	1972
México	1970	Quintana Roo	1972
Morelos	1970	Sinaloa	1972
Veracruz	1970	Nayarit	1973
Yucatán	1970	Tabasco	1973
Aguascalientes	1971	Veracruz	1973
Durango	1971	Yucatán	1973
Guanajuato	1971	En 1974 y 1975	
Hidalgo	1971	Aguascalientes	1974
Jalisco	1971	Chiapas	1974
Nayarit	1971	Durango	1974
Tabasco	1971	Guanajuato	1974
Tlaxcala	1971	Hidalgo	1974
En 1972 y 1973		Jalisco	1974
Chiapas	1972	Michoacán	1974
Michoacán	1972	Querétaro	1974
Querétaro	1972	Tlaxcala	1974
Guerrero	1973	Guerrero	1975
Oaxaca	1973	Oaxaca	1975
Puebla	1973	Puebla	1975
San Luis Potosí	1973	San Luis Potosí	1975
Zacatecas	1973	Zacatecas	1975

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

- El segundo grupo alcanzó el umbral entre 1971 y 1972 y está constituido por dos estados del noroeste (Chihuahua y Sinaloa), uno del centro (Estado de México) y otro del sur (Quintana Roo).
- El tercer grupo lo logró de 1973 a 1974 y está integrado por cuatro estados del Golfo (Campeche, Tabasco, Veracruz y Yucatán), uno del centro-oeste (Colima) y otro del centro (Morelos).
- El cuarto grupo llegó a ese nivel de fecundidad entre 1975 y 1976, y está formado por tres estados del centro-oeste (Aguascalientes, Guanajuato y Jalisco), uno del centro-norte (Durango), otro del noroeste (Nayarit) y dos del centro (Hidalgo y Tlaxcala).
- El quinto y último grupo cruzó ese umbral entre 1977 y 1979 y está constituido por dos estados del centro (Puebla y Querétaro), dos del centro-norte (San Luis Potosí y Zacatecas), uno del centro-oeste (Michoacán) y tres del sur (Chiapas, Guerrero y Oaxaca).

En el cuadro 2 y el gráfico 6 se puede observar que transcurrieron, aproximadamente, 12 años antes de que todos los estados del país llegaran al umbral, desde 1967, cuando lo hizo Baja California, hasta 1979, cuando llegaron Oaxaca, Guerrero y Zacatecas. El umbral se alcanzó primero en la capital del país y en los estados situados en la frontera norte de México. No mucho después lo alcanzaron los estados del Golfo de México y del noroeste, de donde se fue extendiendo gradualmente hacia los estados del centro, centro-norte y centro-oeste, hasta que se generalizó en los estados del sur del país (véase el mapa 1).

Cuadro 2
Fecha en la que la TGF alcanzó el umbral de 6 y 3 hijos por mujer en cada estado, México

Estado	TGF en 1965	Último año en que la TGF ≤ 6		Último año en que la TGF ≤ 3		Descenso anual medio	TGF en 2000
		Año	TGF	Año	TGF		
México	7,22	1974	6,11	1993	3,04	0,16	2,40
1967-1970	6,44	1968	6,14	1985	3,10	0,18	2,02
Baja California	6,29	1967	6,10	1990	3,05	0,13	2,15
Distrito Federal	6,35	1968	6,04	1983	3,11	0,20	1,80
Nuevo León	6,41	1968	6,11	1985	3,07	0,18	2,06
Baja California Sur	6,57	1970	6,01	1987	3,09	0,17	2,10
Coahuila	6,67	1970	6,14	1992	3,02	0,14	2,39
Sonora	6,64	1970	6,10	1987	3,09	0,18	2,12
Tamaulipas	6,62	1970	6,07	1988	3,00	0,17	2,12
1971-1972	6,86	1972	6,06	1991	3,01	0,16	2,19
Chihuahua	6,72	1971	6,03	1991	3,04	0,15	2,20
Quintana Roo	6,79	1971	6,15	1994	3,01	0,14	2,41
Estado de México	6,95	1972	6,16	1991	3,02	0,17	2,18
Sinaloa	6,83	1972	6,01	1989	3,06	0,17	2,12
1973-1974	7,13	1974	6,03	1992	3,07	0,16	2,29
Campeche	7,10	1973	6,22	1993	3,10	0,16	2,26
Colima	7,06	1973	6,15	1989	3,00	0,20	2,11
Morelos	6,95	1973	6,00	1989	3,02	0,19	2,10
Tabasco	7,25	1974	6,21	1995	3,05	0,15	2,55
Veracruz	7,14	1974	6,04	1992	3,05	0,17	2,29
Yucatán	7,16	1974	6,06	1993	3,04	0,16	2,21
1975-1976	7,58	1976	6,13	1995	3,10	0,16	2,59
Durango	7,48	1975	6,26	1996	3,06	0,15	2,65
Nayarit	7,36	1975	6,10	1994	3,05	0,16	2,43
Aguascalientes	7,50	1976	6,02	1996	3,02	0,15	2,61
Guanajuato	7,60	1976	6,16	1997	3,07	0,15	2,75
Hidalgo	7,64	1976	6,21	1996	3,01	0,16	2,60
Jalisco	7,61	1976	6,17	1995	3,01	0,17	2,51
Tlaxcala	7,61	1976	6,17	1993	3,20	0,17	2,31
1977-1979	8,00	1978	6,16	1998	3,10	0,15	2,89
Querétaro	7,83	1977	6,20	1995	3,04	0,18	2,54
Chiapas	7,85	1978	6,01	1999	3,04	0,14	2,94
Guerrero	8,08	1978	6,25	2000	3,03	0,15	3,03
Michoacán	7,91	1978	6,05	1997	3,12	0,15	2,80
Puebla	8,03	1978	6,20	1999	3,09	0,15	2,98
San Luis Potosí	7,96	1978	6,10	1999	3,04	0,15	2,94
Oaxaca	8,11	1979	6,07	1999	3,02	0,15	2,92
Zacatecas	8,11	1979	6,02	1996	3,10	0,17	2,68

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

En el cuadro 2 se puede observar que la TGF descendió a un ritmo más rápido en los estados que entraron en la transición de la fecundidad más temprano. Si se tiene en cuenta que todos los estados de México ya han alcanzado una TGF de alrededor de 3 hijos, es posible calcular el descenso anual promedio a partir de 6 hijos y determinar el tiempo que transcurrió en el paso de un nivel a otro. De esta forma, los estados del primer grupo pudieron pasar de 6 a 3 hijos por mujer en un lapso de 17 años (de 1968 a 1985), con un descenso anual promedio de 0,18 hijos; los estados de los grupos segundo (de 1972 a 1991), el tercero (de 1974 a 1992) y el cuarto (de 1976 a 1995) tardaron de 18 a 19 años, con un descenso promedio de 0,16 hijos; por último, el quinto grupo necesitó aproximadamente 20 años (de 1978 a 1998).

En el cuadro 2 se advierte que, según las estimaciones del Consejo Nacional de Población, de los 17 estados que integran los tres primeros grupos, 14 (Baja California, el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California Sur, Sonora, Tamaulipas, Chihuahua, México, Sinaloa, Campeche, Colima, Morelos, Veracruz y Yucatán) han alcanzado una TGF que oscila entre 1,8 y 2,3 hijos por mujer, es decir, un nivel por debajo, igual o ligeramente superior al de la fecundidad de reemplazo, mientras que en los tres estados restantes (Cohahuila, Quintana Roo y Tabasco), oscila entre 2,4 y 2,6 hijos. En los dos últimos grupos de estados, la TGF ha alcanzado niveles que van de 2,3 a 3,0 hijos.

LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA FECUNDIDAD

Al explicar el descenso de la fecundidad en México se ha señalado el papel desempeñado por variables demográficas y socioeconómicas tales como:

- *Mortalidad*, que se ha definido como una variante clave de la transición de la fecundidad. Su descenso da lugar a un aumento del número de hijos supervivientes y, de este modo, contribuye a propiciar actitudes favorables al control de la fecundidad y la planificación de los sucesos vitales, así como a extender y fortalecer la capacidad de pensar a largo plazo en la conciencia de todos los individuos.
- *Diversas fuerzas de índole macro-estructural*, entre las que se pueden citar los procesos de desarrollo económico y social, la urbanización⁹, la industrialización, la expansión del sistema de educación, la generalización de las relaciones mercantiles, la expansión del trabajo asalariado y la formación de una sociedad de consumo en continuo crecimiento¹⁰. Según las explicaciones más convencionales, estos procesos, a través de diversos mecanismos, han contribuido, como en otros muchos contextos, a elevar los costos directos y de oportunidad de los hijos y a disminuir los beneficios económicos que aportan a sus padres y, de este modo, reducir los incentivos de tener una descendencia numerosa.
- *El carácter excluyente y divergente¹¹ del patrón de desarrollo*, que da lugar a desigualdades sociales y contrastes demográficos notables, ya que la rapidez del descenso de la mortalidad y la fecundidad depende de la capacidad de la sociedad de distribuir los beneficios del desarrollo entre los distintos sectores de la población¹². Eso se refleja en la coexistencia, hombro con hombro, de grupos integrados en el proceso de desarrollo con los marginados. Así, aquellos ya mostraron, durante el período de 1995 a 1997, una tasa global de fecundidad equivalente o inferior a la de reemplazo, mientras que éstos eran un grupo que se había quedado rezagado en el proceso de transición demográfica. En el primer caso, había mujeres que tenían 12 o más años de estudios (y una fecundidad de 1,85 hijos) así como gerentes, profesionales o artistas, con 1,66 hijos por mujer. En cambio, la fecundidad de las mujeres sin instrucción era de 4,7 hijos por mujer en el mismo período y la de las mujeres que vivían en poblaciones de menos de 2.500 habitantes, en las zonas rurales, era de 3,5 hijos por mujer¹³.

9 El Sistema urbano nacional cuenta en la actualidad con 364 ciudades distribuidas por todas las regiones del país, en las que residen cerca de 65 millones de personas. Las ciudades del país se han convertido en ejes cardinales de la actividad económica, hasta el punto en que generan alrededor del 96% del valor agregado de las manufacturas, el comercio y los servicios.

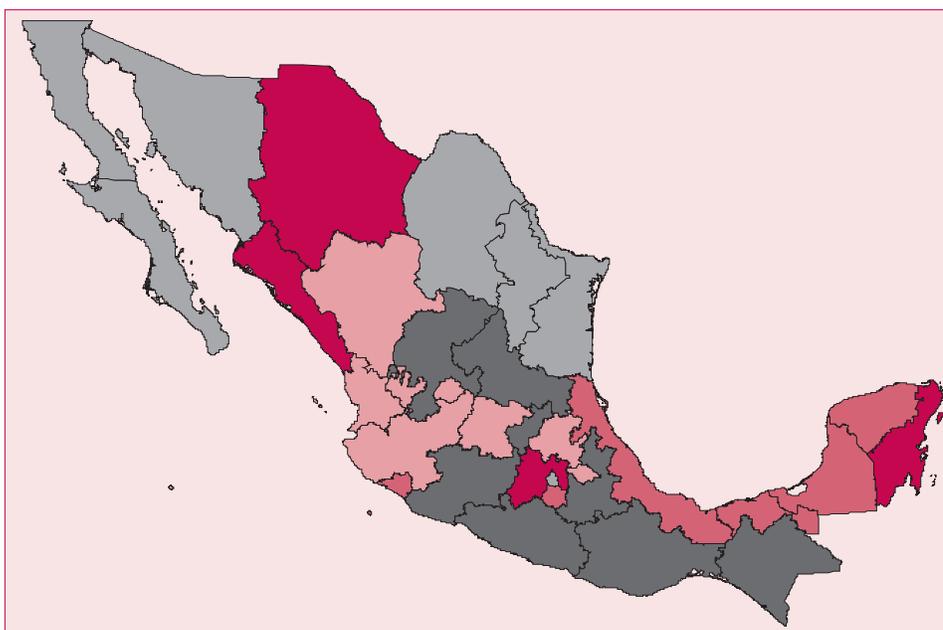
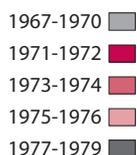
10 La creciente integración de segmentos cada vez más importantes de la población en el mercado de bienes y servicios ha modificado los costos directos y de oportunidad de la procreación, al mismo tiempo que les ha dado una mayor visibilidad, al reforzar los cálculos económicos como norma de orientación de las prácticas y conductas de individuos de muy diversos entornos.

11 *Excluyente*, porque deja fuera de su circuito a un número importante de personas que no se benefician de la acumulación, y divergente, porque acentúa las diferencias entre los más pobres y los más ricos.

12 Una de las variantes de la teoría clásica de la transición (*Social Justice and Demographic Transition*), formulada por Ratcliff, sostiene, por ejemplo, que el comportamiento demográfico en los distintos grupos sociales refleja el grado en que las instituciones económicas, políticas y sociales promueven la justicia social.

13 A pesar de las diferencias, se reconoce una clara convergencia en la fecundidad de distintas regiones y grupos del país. En el gráfico 7 se puede observar que la diferencia de 2,4 hijos que existía en 1974 entre las mujeres residentes en zonas urbanas y las residentes en zonas no urbanas se redujo a la mitad para 1996. Se pueden observar variables como escolaridad y participación en la fuerza laboral en niveles similares.

Mapa 1
Período en el que la TGF llegó al umbral de 6 hijos por mujer en cada estado, México



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

En fechas más recientes, las investigaciones en este sector han contribuido a identificar algunos de los vínculos causales entre importantes fuerzas macro-estructurales y otros procesos de transformación social¹⁴. Su consideración contribuye a explicar por qué el descenso de la fecundidad pudo propagarse a través del territorio nacional de México en unos pocos decenios y avanzar con tanta rapidez en diversos contextos socioeconómicos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

¹⁴ Faria, V.E., "Government Policy and Fertility Regulation: Unintended Consequences and Perverse Effects". *Brazilian Journal of Population Studies*, V.I. 1997/1998.

¹⁵ En ese aspecto se puede decir, por ejemplo, que la proporción de partos con asistencia facultativa ha aumentado considerablemente en los últimos decenios y ha pasado de un 55% en el período de 1974 a 1976 a un 66% entre 1985 y 1987 y a un 82% en el período de 1994 a 1997. Gracias a los esfuerzos dirigidos a ampliar la cobertura de los servicios médicos, se ha conseguido reducir las diferencias entre zonas rurales y urbanas. Mientras que en el período de 1985 a 1987, el 37,8% de las mujeres rurales contaban con la asistencia de un médico durante el parto, en el de 1994 a 1997 esta proporción aumentó a un 58,9%. En las zonas urbanas estos porcentajes eran de un 84% y un 91%, respectivamente.

- *La creciente exposición de la población mexicana a la cultura y autoridad médicas.* Este proceso de cambio ha contribuido a promover la secularización de diversas normas y prácticas que caen dentro de la esfera de competencia de la cultura médica. También ha establecido las condiciones para dar legitimidad a prácticas tales como la intervención consciente y planeada en los procesos biológicos, lo que llevado a la población a solicitar cada vez más la atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio¹⁵. Esta creciente exposición también ha permitido la difusión de valores y normas que establecen la conveniencia de separar la actividad sexual y la procreación. Ha contribuido asimismo a debilitar la autoridad de diversos agentes tradicionales que ejercen influencia en los terrenos de la sexualidad y la procreación, y ha ayudado a reducir los costos psicológicos y culturales de la regulación de la fecundidad, así como a legitimar socialmente los métodos modernos de planificación de la familia.
- *La expansión de la esfera de influencia de los medios de comunicación y la difusión de modelos de familia pequeña.* Los medios de información, en particular la radio y la televisión, han contribuido a difundir nuevas ideas, conceptos, tecnologías, estilos de vida y modelos de conducta en esferas vinculadas al ejercicio de la sexualidad, la procreación, la organización de la familia y el reparto del trabajo entre el hombre y la mujer, al mismo tiempo que han fomentado la emergencia y consolidación de actitudes y valores favorables a la regulación de la fecundidad¹⁶.
- *El creciente acceso de la población mexicana a los servicios de seguridad y protección social.* El fortalecimiento de las instituciones mexicanas de seguridad social entre los sectores integrados en el desarrollo nacional ha significado la transferencia

al Estado de la responsabilidad de facilitar a millones de familias los medios de hacer frente a contingencias tales como las enfermedades, la discapacidad o la muerte¹⁷. Del mismo modo, en fechas más recientes, la intervención del Estado para promover el desarrollo social y superar la pobreza ha ampliado la cobertura de los servicios de protección social. También ha mejorado la formación de capital humano entre sectores de la población tradicionalmente excluidos del desarrollo¹⁸. En todos esos casos, este tipo de transformación favorece, entre otras cosas, una disminución de la utilidad económica de los hijos.

- *La mejora de la condición social de la mujer y la transformación de las funciones que desempeña dentro y fuera del hogar.* Diversos estudios han demostrado que el adelanto de la mujer en los sectores de educación, salud, participación en el mercado de trabajo y grado de control que puede ejercer sobre los recursos económicos redundan en su mayor autonomía y en el establecimiento de relaciones más equitativas con el hombre, así como en la emergencia de una nueva estructura de su trayectoria vital¹⁹. Todas estas transformaciones afectan, a través de diversos mecanismos, las decisiones de la mujer con respecto a la sexualidad y la procreación y aumentan los costos de oportunidad relacionados con el matrimonio y la procreación.
- *La adopción y el impulso de una política explícita de población.* El descenso de la fecundidad recibió un fuerte impulso en México en 1974, cuando cambió la política de población. A partir de aquel año, la política de población de México reconoció el derecho de todo individuo a decidir, de manera libre, responsable e informada, el número de hijos que desea tener, y cuándo desea tenerlos. También disponía que todas las personas deben tener acceso a la información y los medios necesarios para actuar con arreglo a sus preferencias respecto a la procreación. Ese cambio contribuyó a legitimar e institucionalizar la demanda de medios de regulación de la fecundidad y a ampliar el conocimiento y el acceso gratuito a los servicios de planificación de la familia, que se pusieron al alcance de la mayoría de la población mexicana.

LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN LOS MUNICIPIOS DEL PAÍS

La cuestión principal que tratamos de abordar es si la población mexicana iniciará un régimen de fecundidad equivalente o por debajo del nivel de reemplazo. Para especular sobre esta cuestión es conveniente, en primer lugar, examinar la información a escala municipal, que nos permite diferenciar a los municipios con arreglo a su fecundidad, tamaño de población y características socioeconómicas principales (véanse los gráficos 7, 8 y 9).

En el mapa 2 se presenta la TGF de los municipios de México estratificada en cinco categorías (por el método de Dalenius). En él se pueden observar importantes continuidades geográficas y algunos patrones regionales. Por una parte, las zonas de fecundidad baja y muy baja se concentran, principalmente, en el norte de México y en la región en la que convergen la Ciudad de México y otras zonas metropolitanas, así como en el Golfo de México y los municipios occidentales. En cambio, los municipios de fecundidad alta y muy alta se encuentran en el inmenso corredor en el que tienen asiento las zonas de mayor concentración de pueblos indígenas del país, que se extiende del sur de la costa del Pacífico a la región centro-norte.

El análisis exploratorio de la información a escala municipal disponible muestra que de las 2.443 unidades político-administrativas que integran el país:

- 224 municipios contienen un 43% de la población mexicana y tienen una TGF de 2,2 hijos por mujer o menos. Este grupo de municipios está integrado por unidades político-administrativas que tienen las siguientes características: i) son predominantemente urbanas y metropolitanas, ii) tienen una

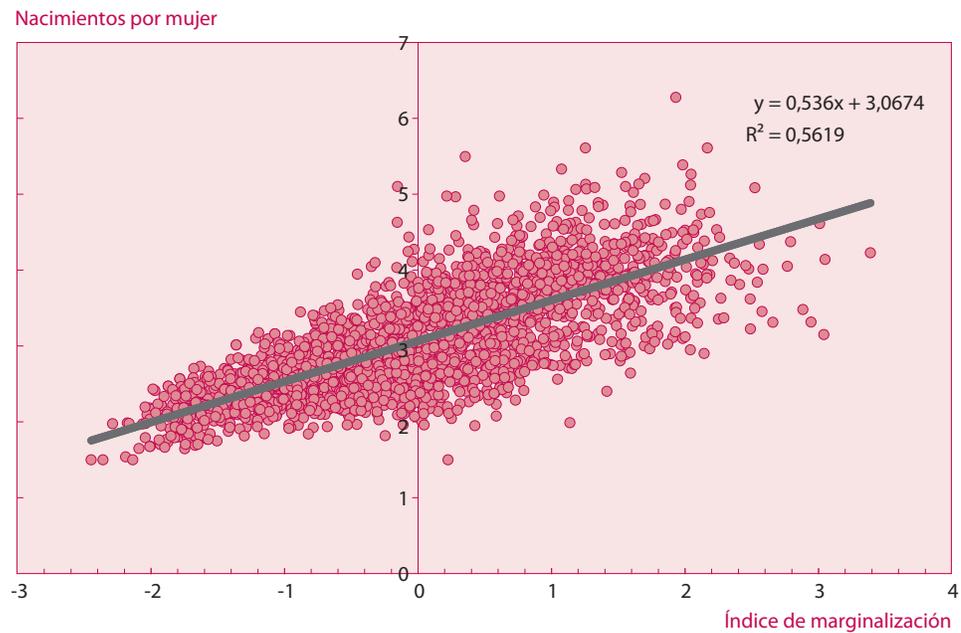
¹⁶ La disponibilidad de bienes tales como aparatos de radio y televisión se generalizó en el país en los tres últimos decenios. En 1970, sólo el 31% de los hogares tenía televisión y un 76%, radio. En cambio, en 2000, estas cifras habían aumentado a un 86% y un 85%, respectivamente.

¹⁷ Así, por ejemplo, la población asegurada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pasó de 9,8 millones en 1970 a casi 47 millones el año 2000, lo que representa un aumento de la cobertura del 19,3% al 46,7% de la población nacional.

¹⁸ El Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) ha ampliado su cobertura de alrededor de 300.000 familias en 1997 a 3,2 millones en 2001.

¹⁹ Se estima que las mujeres mexicanas, cuya esperanza de vida al nacer era de alrededor de 65 años de 1970 a 1974, dedicaban cerca de 4,2 años a los estudios y 10 años a la fuerza laboral. Veinte años más tarde, en el período de 1990 a 1994, las mujeres, con una esperanza de vida de 75 años, invertían, aproximadamente, 7,4 años en los estudios y casi 20 años en las actividades laborales. Se prevé que estas tendencias continuarán los años siguientes, de manera que para el 2005, con una esperanza de vida de 78,9 años, la formación académica podría extenderse a 9,6 años y la correspondiente participación en la fuerza laboral a 25,5 años.

Gráfico 7
Tasa global de fecundidad por índice de marginación de todos los municipios, 2000



mortalidad infantil baja con arreglo a los estándares nacionales (de cerca de 22 defunciones por cada mil nacidos vivos); iii) con frecuencia muestran niveles de desarrollo humano altos; iv) casi todos los hogares (95%) tienen radio o televisión, o ambos; v) el alfabetismo entre las mujeres en edad de procrear es casi universal (96%) y tienen, en promedio, 8,6 años de escolaridad; vi) sus tasas de participación de la mujer en la fuerza laboral es de cerca del 40%; vii) la mitad de las mujeres de 20 a 24 años permanecen solteras; viii) casi la mitad (47%) de su población está inscrita en el plan de seguridad social; ix) menos de una quinta parte de los hogares (17%) recibe transferencias federales; y x) una gran proporción de la fuerza laboral (75%) tiene ingresos más altos que el salario mínimo.

- 1.036 municipios, en los que se concentra el 38% de la población de México, tienen una TGF que fluctúa entre 2,21 y menos de 3 hijos. En las unidades territoriales que integran este grupo: i) se dan diversas características y condiciones según su tamaño y grado de urbanización; ii) las tasas de mortalidad infantil son de un promedio de 27 defunciones por mil nacimientos; iii) los índices de desarrollo humano son predominantemente de grado medio-alto; iv) la proporción de hogares que tiene radio y televisión, o ambas es elevada (90%); v) las tasas de alfabetismo femenino alcanzan el 92% y el promedio de escolarización es de casi 7 años; vi) las tasas de participación de la mujer en las actividades económicas son ligeramente más bajas que el promedio nacional (30%); vii) la proporción de mujeres solteras de 20 a 24 años de edad es de alrededor del 44%; viii) más de 1 de cada 4 personas (27%) está cubierta por la seguridad social; ix) 1 de cada 3 hogares recibe transferencias federales; y x) 6 de cada 10 empleados ganan más de un salario mínimo.
- 1.183 municipios tienen un volumen de población que representa casi el 19% del total de los mexicanos y su tasa global de fecundidad es de 3 hijos por mujer o más alta²⁰. Las unidades político-administrativas que integran este grupo presentan las características siguientes: i) son principalmente pequeñas y rurales; ii) su tasa de mortalidad infantil es muy superior a la media nacional

²⁰ De este total, unos pocos municipios, en su mayor parte rurales, muestran tasas de fecundidad similares a las observadas en el país durante los años 70 (5 hijos o más); 271 municipios tienen tasas de fecundidad similares a las observadas durante los primeros 5 años del decenio de 1980 (entre 4 y menos de 5 hijos) y, por último, 893 municipios tienen tasas de fecundidad similares a las registradas en el país a finales del decenio de 1980 y comienzos del de 1990 (entre 3 hijos y menos de 4).

Gráfico 8
Tasa global de fecundidad por tasa de mortalidad infantil de todos los municipios, 2000



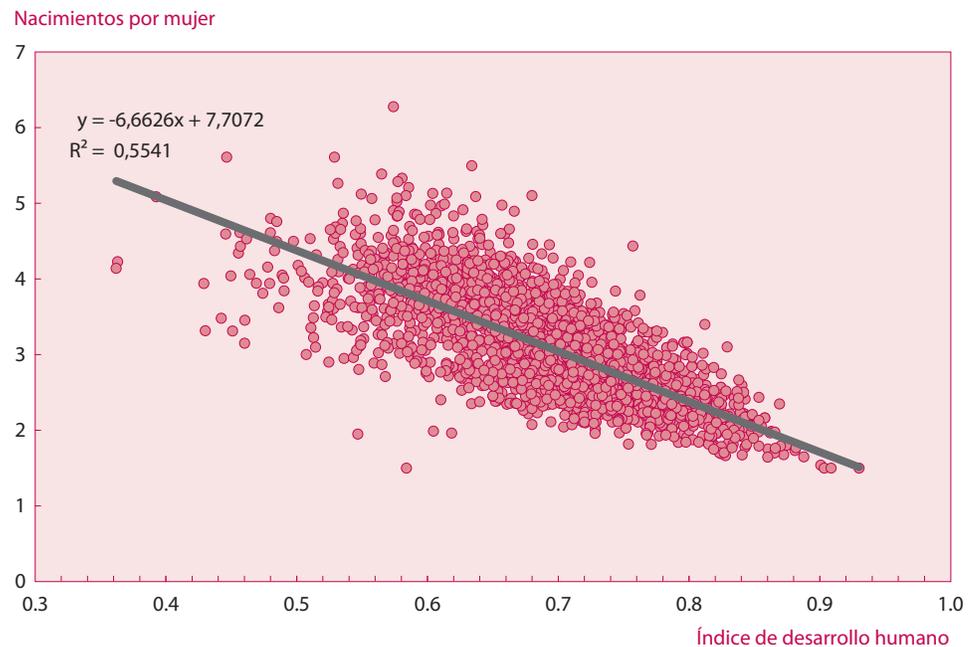
(34,9 defunciones por cada mil nacidos vivos); iii) los índices predominantes de desarrollo humano son bajo y medio-bajo; iv) tres de cada cuatro hogares disponen de radio o televisión, o ambos (74,9); v) la tasa de alfabetismo de las mujeres de 15 a 44 años es del 80% y el promedio de años de estudios es de 5,2; vi) sólo una de cada cuatro mujeres es económicamente activa; vii) aproximadamente el 38% de las mujeres de 20 a 24 años permanecen solteras; viii) el acceso a la seguridad social es muy limitado (11%); ix) más de la mitad de los hogares (55%) recibe transferencias federales; y x) sólo una de cada tres personas empleadas percibe un ingreso superior al salario mínimo.

Como se puede observar, los contextos socioeconómicos de estos tres grupos de municipios muestran estructuras de oportunidad y grados de desarrollo humano que difieren profundamente entre sí. Los dos extremos ilustran la existencia de dos mundos diferentes: el México urbano, moderno y mestizo, por una parte, y el México rural, pobre y predominantemente indígena, por otra. La futura evolución demográfica del país dependerá en alto grado de la intensidad y eficacia de las actividades dirigidas a tender puentes entre ambos extremos y a atenuar las disparidades actuales en relación con el desarrollo humano. No obstante, no se debe olvidar que la mitad de los mexicanos vive en el primer grupo de municipios y sólo uno de cada cinco vive en el segundo grupo.

Los datos presentados indican que la población mexicana está atravesando un rápido proceso de transición demográfica. Incluso en los municipios que van a la zaga (con una tasa global de fecundidad de 3 hijos o más), la fecundidad está disminuyendo rápidamente: la tasa global de fecundidad bajó un 22% entre 1990 y 2000 (de 4,8 a 3,6 hijos por mujer), lo que significa un descenso medio de cerca de 0,11 hijos al año. En el resto del país también se ha registrado un descenso muy acelerado: cerca del 30% en los municipios con fecundidad más baja (de 2,9 a 2,0 hijos, lo que supone un descenso de 0,09 hijos al año); y el 28% en los municipios con fecundidad intermedia (de 3,7 a 2,6 hijos, es decir, un descenso de cerca de 0,11 hijos al año).

En los municipios que han quedado más rezagados en el proceso de transición de la fecundidad, los programas sociales en curso, destinados a fortalecer la formación del capital humano y a brindar apoyo y protección social a grupos marginados que viven en

Gráfico 9
Tasa global de fecundidad por índice de desarrollo humano de todos los municipios, 2000



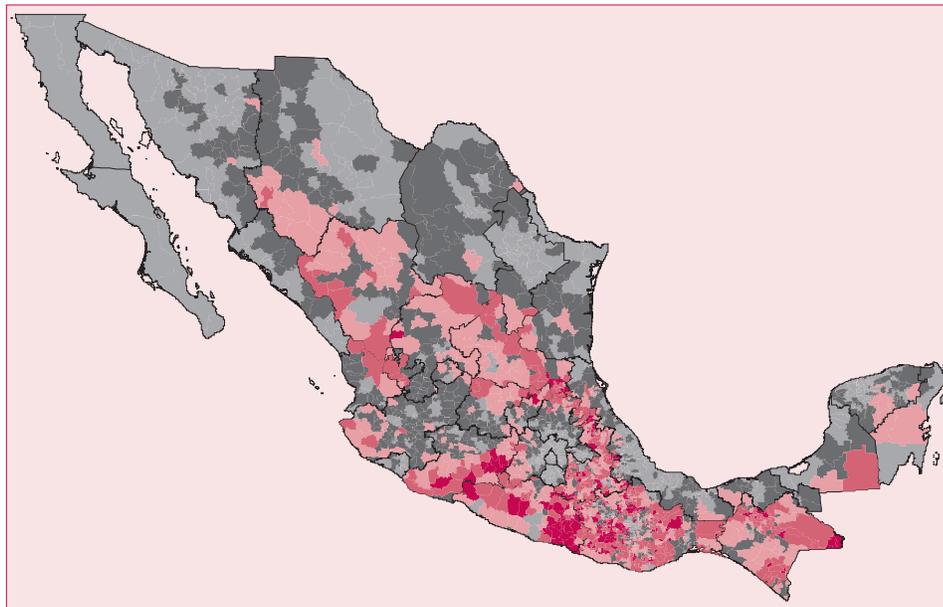
condiciones de extrema pobreza (a través de transferencias directas y el fomento de actividades productivas), constituyen inversiones que, además de combatir los síntomas y las causas del atraso social, pueden contribuir a acelerar el cambio demográfico. Estas actividades, si se mantienen durante los próximos años, podrían contribuir a eliminar muchos de los obstáculos socioeconómicos que entorpecen nuevos descensos de la fecundidad en los municipios más atrasados, y acelerar el descenso en los próximos años, a un ritmo similar al registrado en los municipios con fecundidad intermedia.

En los municipios con fecundidad intermedia las condiciones socioeconómicas son favorables al impulso del descenso de la fecundidad (índices de mortalidad bajos, altas tasas de alfabetización y de escolaridad de la mujer, alta exposición o los medios de comunicación y un proceso avanzado de urbanización). Los procesos de difusión de estilos de vida y el paso de las mujeres a desempeñar papeles no tradicionales se están incorporando rápidamente en muchos municipios. Prueba de ello es el elevado porcentaje de mujeres solteras de 20 a 24 años (44%), así como el hecho de que más de una quinta parte de las mujeres de 25 a 29 años no tiene hijos. Se prevé que la fecundidad en esos municipios siga disminuyendo, aunque tal vez a un ritmo más lento que en los últimos tiempos. Si esto sucede, la tasa global de fecundidad de estos municipios podría pasar del actual promedio de 2,6 a 2,2 en los próximos 10 años.

En los municipios con una tasa global de fecundidad cercana o por de debajo del nivel de reemplazo, se han generalizado los factores socioeconómicos que favorecen una fecundidad baja, lo que ha dado lugar a una mejora de la condición social de la mujer y a la emergencia de una estructura del curso de vida en la que el matrimonio y la maternidad no constituyen el único destino de la mujer.

Cabe señalar que la difusión de la planificación de la familia a través de las campañas en los medios de comunicación y las actividades de los agentes de los servicios de salud han contribuido a propagar y generalizar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en todas las regiones y grupos de México. Se ha estimado también que en las zonas urbanas, casi todas las mujeres en edad de procrear (98%) están familiarizadas, al menos, con un método anticonceptivo, mientras que en las zonas rurales la proporción es del 90%. Asimismo, existen pruebas de que las campañas institucionales a través de los medios de

Mapa 2
Tasa global de fecundidad por municipios, México, 2000



■ Muy baja
 ■ Baja
 ■ Media
 ■ Alta
 ■ Muy alta

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

comunicación han contribuido no sólo a propagar la información sobre las características y ventajas de la planificación de la familia, sino también a formar y reforzar actitudes favorables a esta práctica.

En este aspecto, no debe sorprender que mientras que la demanda no satisfecha de métodos de regulación de la fecundidad a escala nacional afecta a casi el 10% de las mujeres en edad de procrear, entre otros varios grupos, como las mujeres campesinas, las más pobres, las menos instruidas, las más jóvenes y las de la población indígena, esta cifra oscila entre el 20% y el 25%.

MÉXICO: ¿HACIA UN RÉGIMEN DE FECUNDIDAD DE REEMPLAZO?

La meta explícita de la política de población de México es alcanzar para el año 2025 la TGF de reemplazo²¹. Se ha estimado que, actualmente, cerca del 71,4% de las mujeres casadas, en edad de procrear, usa algún método anticonceptivo. Para llegar a la fecundidad de reemplazo, el uso de métodos anticonceptivos tiene que aumentar al 73,5% aproximadamente, lo que requiere un aumento anual promedio de casi un 0,5%, menos del 0,7% registrado en México durante el período de 1997 a 2001²². Por tanto, el incremento necesario de métodos de anticonceptivos es factible. México tiene un importante y consolidado programa de planificación de la familia, que está decidido a abordar la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos.

El efecto del creciente uso de métodos anticonceptivos en el descenso de la fecundidad se puede reforzar con los cambios que están teniendo lugar en las modalidades de formación y disolución de la familia. Así, tras muchos años sin sufrir alteraciones, se puede observar en México un retraso gradual de la edad al contraer matrimonio. A esto se debe añadir la creciente proporción de uniones consensuales así como de tasas de divorcio y ruptura de la unión.

En el gráfico 10 se presentan tres hipótesis de la evolución futura de la tasa global de fecundidad, según el año en que se alcanza la fecundidad de reemplazo. Con arreglo a una perspectiva a largo plazo, el pronóstico que supone que el nivel de reemplazo se alcanzará

²¹ La meta se propuso en 1995, cuando se presentó el Programa Nacional de Población 1995-2000. Esta meta también se ha mantenido en el Programa Nacional de Población de 2001-2006.

²² Se ha estimado que entre 1996 y 2001, la TGF descenderá aproximadamente 0,39 hijos, lo que corresponde a una reducción anual de 0,08 hijos. Alcanzar la fecundidad de reemplazo en 2005 supondrá un descenso anual más lento de la TGF (0,06 hijos).

en 2005 coincide más con tendencias anteriores que las otras opciones que lo aplazan a 2015 ó 2025, que suponen una brusca interrupción de la curva descendente.

En general, los procedimientos adoptados por el Consejo Nacional de Población de México y la División de Población de las Naciones Unidas para proyectar la fecundidad de México son similares. La principal diferencia radica en el momento en que se supone que se alcanzará el nivel de reemplazo. Según la hipótesis media de la División de Población de las Naciones Unidas, ese nivel se alcanzaría en 2020-2025. De ser así, el uso de anticonceptivos aumentaría a 75,1% para esas fechas²³, lo que supondría un incremento de sólo 0,3% al año a partir de 1997, crecimiento insignificante comparado con las tendencias de los últimos años.

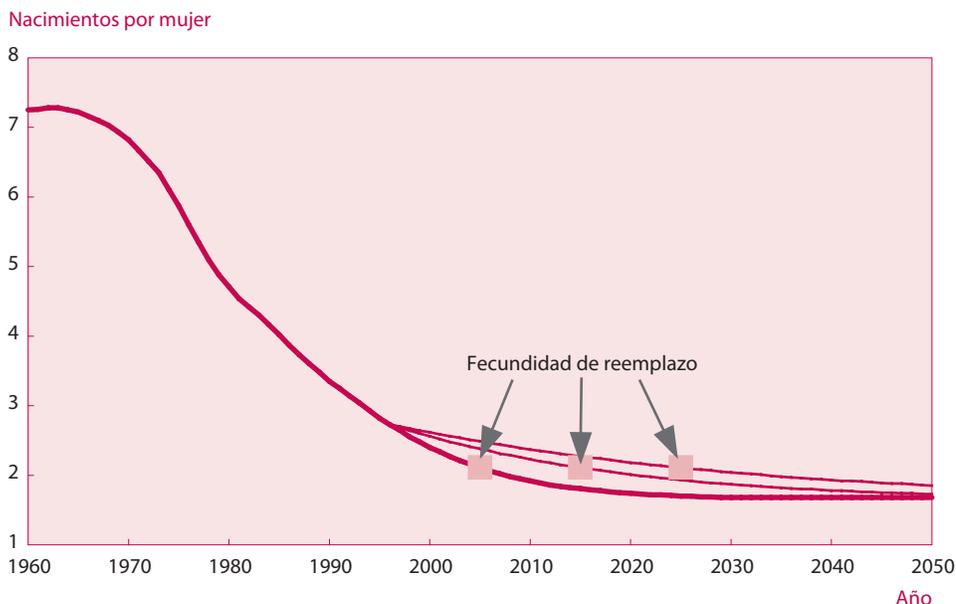
¿Qué cambios de comportamiento reproductivo se observarían una vez alcanzada la fecundidad de reemplazo? En los gráficos 9 y 10 presentamos la distribución de la paridez al final y durante el período reproductivo. Cuando entró en vigor la nueva política de población (1973-1976), casi el 60% de las mujeres terminaban su vida reproductiva con 6 o más hijos. Ahora bien, una vez alcanzado el nivel de reemplazo, cada vez serían más las que llegarían al final de su vida reproductiva con 2 hijos o menos. Sólo una de cada ocho mujeres terminaría con una descendencia numerosa (4 hijos o más). El retraso del primer matrimonio y, por ende, del nacimiento del primogénito, favorecería que, por término medio, cada mujer pasara más de una tercera parte de su vida reproductiva sin hijos (35%) y que dedicara un 40% a la crianza de 2 hijos, con un intervalo de 6,7 años entre ellos.

En contra de las hipótesis que mantienen constante el nivel de reemplazo una vez conseguido, la experiencia de muchos países desarrollados demuestra que el descenso de la fecundidad continúa incluso por debajo del nivel de reemplazo. De manera análoga, entre los países en desarrollo que iniciaron su transición de la fecundidad en los años 60, ocho de un grupo de 39 tienen una TGF igual o inferior al nivel de reemplazo²⁴. Por esta razón, en las proyecciones de México incorporamos esa trayectoria como factible. Así pues, con arreglo a los pronósticos demográficos para el país, la TGF podría descender incluso a 1,68 hijos en 2030 (tasa similar a las registradas recientemente en Europa Occidental y septentrional) y permanecer en dicho nivel durante los próximos 20 años.

23 Al aplicar el modelo de Bongaarts, en ese caso suponemos que la edad al contraer matrimonio, la eficiencia media de la anticoncepción y las prácticas observadas de aborto y lactancia permanecerán constantes de 1997 a 2020-2025.

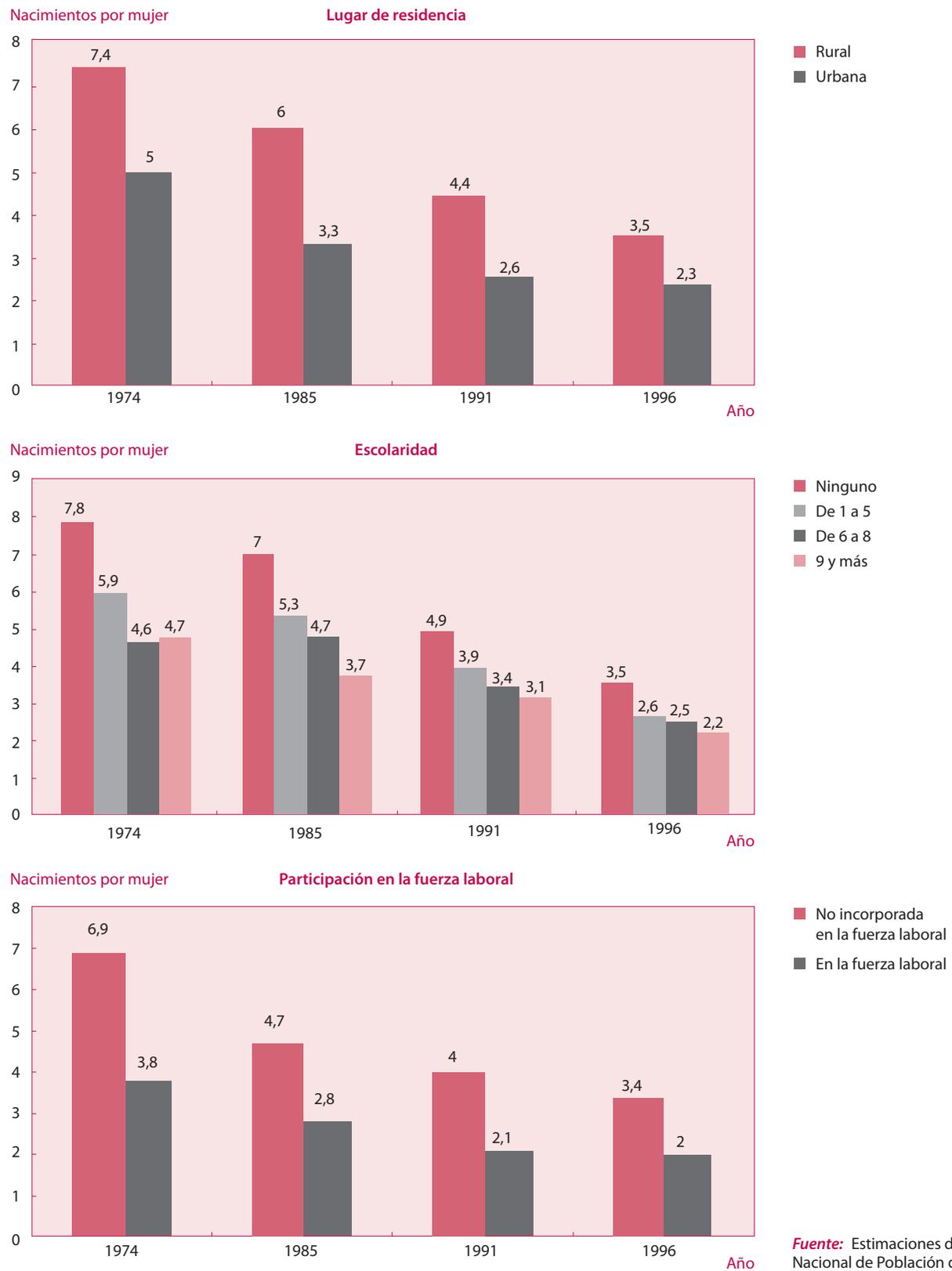
24 John Bongaarts, "The End of the Fertility Transition in the Developing World", documento presentado en la reunión del grupo de expertos sobre la terminación de la transición de la fecundidad, del 11 al 14 de marzo de 2002.

Gráfico 10
Tasa global de fecundidad proyectada por año en que se alcanza la fecundidad de reemplazo, México, 1960-2050



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población de México.

Gráfico 11
Tasa global de fecundidad por lugar de residencia, escolaridad y participación en la fuerza laboral, 1974-1996



Este caso extremo supondría una situación completamente distinta de la que vivieron en 1973-1976 las mujeres mexicanas. Cuatro de cada cinco mujeres (82%) concluiría su edad reproductiva con 2 hijos o menos, las familias con 1 (30%) ó 2 hijos (40%) serían frecuentes, mientras que las numerosas habrían desaparecido prácticamente (4%). Las mujeres pasarían el 40% de sus años reproductivos sin hijos y dedicarían solamente 12 años (35%) al período de crianza, con un intervalo entre los nacimientos de 7,4 años, por término medio (aun cuando este intervalo no ocurriría en el caso del 42% de las mujeres que terminarían su vida reproductiva sin hijos o con un solo hijo).

La transición de la fecundidad en Nigeria: tendencias y perspectivas

Bamikale J. Feyisetan y Akinrinola Bankole***

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene tres objetivos principales. El primero es demostrar que en Nigeria se ha iniciado una transición de fecundidad sostenida. El segundo, señalar algunos factores que pueden haber contribuido al descenso y el tercer objetivo es defender la posibilidad de descensos adicionales de la fecundidad y proponer un nivel de fecundidad para cuando termine la transición. Ninguno de los objetivos es fácil de lograr si se tiene en cuenta la escasez de datos representativos comparables a escala nacional.

El comportamiento de la fecundidad está condicionado por factores biológicos y sociales. Al igual que en otras sociedades tradicionales africanas, varios factores han contribuido a mantener tasas relativamente altas de fecundidad en Nigeria. Estos factores incluyen altos índices de mortalidad infantil y en la niñez, matrimonio precoz y universal, maternidad precoz, así como alumbramientos durante gran parte del período reproductivo, escaso uso de anticonceptivos y el gran valor social que se asigna a la maternidad. Ante la realidad de la elevada mortalidad infantil y en la niñez, el temor a la extinción estimuló la procreación, con la esperanza de que algunos de los hijos sobrevivieran para continuar el linaje. El valor tradicionalmente alto que se otorga al matrimonio aseguró no sólo su universalidad, sino también su ocurrencia a una edad temprana, con el resultado de que la procreación comenzaba muy pronto en la vida y en la mayor parte de los casos se prolongaba hasta tarde en el período reproductivo. La institución de la poliginia, que a veces propicia la competencia por la progenie entre las co-esposas, también ha contribuido a sostener la alta fecundidad. El uso de métodos modernos de anticoncepción era tradicionalmente inaceptable, ya que infringía el proceso natural de procreación. El prolongado período tradicional de lactancia y la abstinencia del puerperio garantizaban un espaciamiento adecuado entre los hijos. Las pruebas disponibles indican que estos factores socioculturales han ido cambiando con el tiempo. La edad al contraer matrimonio parece haber aumentado, aunque el aumento es mínimo si se considera a escala nacional. El uso de métodos modernos de anticoncepción ha aumentado y la mejora de la instrucción (en particular, de la mujer) parece haber ido erosionando gradualmente algunos de los valores tradicionales de la procreación.

En el presente documento se usan datos de estudios y encuestas nacionales y subnacionales para demostrar tendencias en la fecundidad y sus determinantes. Concretamente, se han utilizado el Estudio mundial sobre la fecundidad (WFS) de 1981-1982 y las encuestas demográficas y de salud de los años 1990 y 1999. Las encuestas subnacionales son las realizadas por investigadores individuales en determinadas partes del país. La calidad de los conjuntos de datos no se examinará aquí por haberse hecho ya en otros lugares¹. No obstante nos referiremos a algunas de sus limitaciones en la medida en que estén relacionadas con nuestro análisis y conclusiones.

El resto del documento se divide en tres secciones. Inmediatamente después de la Introducción, presentamos algunas pruebas empíricas para demostrar que en Nigeria ya

* Fundación David y Lucile Packard, Los Altos, California, Estados Unidos de América.

** Investigador Asociado Superior, Instituto Alan Guttmacher, Nueva York, Estados Unidos de América.

¹ Véase Dudley Kirk y Bernard Pillet (1998) para una discusión reciente de las limitaciones del Estudio sobre la fecundidad mundial y los datos de la encuesta demográfica y de salud de Nigeria de 1990, y la encuesta demográfica y de salud de la Comisión Nacional de Población (2000) de Nigeria, Población Nacional; Abuja, Nigeria, para discusiones sobre la calidad de la encuesta demográfica y de salud de 1999. Algunas de esas limitaciones fueron señaladas anteriormente por Makinwa-Adebusoye y Feyisetan (1994) y se adoptaron algunas medidas para reducir su efecto en el análisis de los cambios de la fecundidad.

se ha iniciado un descenso sostenido de la fecundidad. En la segunda sección, analizamos algunos factores que pudieran dar cuenta del descenso y examinamos la manera en que esos factores se relacionan con la fecundidad en Nigeria. Una vez establecidos patrones de asociaciones, se pueden predecir las futuras tendencias en la fecundidad sobre la base de los cambios futuros en esos factores. En la última sección, se hace una evaluación del curso futuro de la fecundidad en Nigeria. Nuestra proyección al futuro se basa en cambios previstos en los factores que han sostenido el descenso de la fecundidad hasta ahora.

LAS TENDENCIAS EN LA FECUNDIDAD

La fecundidad ha sido relativamente alta en Nigeria durante varios años. La encuesta demográfica rural nacional arrojó una tasa bruta de natalidad de 50 por mil personas y un tamaño medio de familia completa de 5,6 hijos (Oficina Federal de Estadística, Lagos, 1968). Las estimaciones de la tasa global de fecundidad de los años 1965, 1970, 1971 a 1973 y 1975 son 6,6, 6,5, 7,3 y 7,0, respectivamente (cuadro 1). Estas cifras suponen un incremento entre 1965 y 1975 o, en el mejor caso, una estabilización de la fecundidad a niveles altos. El aumento de la fecundidad de principios a mediados del decenio de 1970 puede atribuirse, en parte, a la espectacular subida de los ingresos por las exportaciones de petróleo, que condujo a un abrupto aumento de las importaciones de alimentos y de los salarios de los trabajadores (Bankole y Bamisaye, 1985). Según el Estudio sobre la fecundidad de Nigeria de 1981-1982, en 1980-1982 la TGF del país era de 5,94 (Oficina Nacional de Población, Lagos, Estudio Mundial sobre la Fecundidad, 1984) y la encuesta demográfica y de salud de Nigeria de 1990, da una TGF de 6,01 para el período de 1988-1990 (Oficina Federal de Estadística, Lagos y IRD/Macro International, 1992). Descensos adicionales de la fecundidad se anunciaron, para 1992-1994, en un informe de seguimiento de 1994 (5,4) y para 1995-1999, en la encuesta demográfica y de salud de 1999 (5,2). El descenso no sólo es evidente a escala nacional, sino también entre diversos subgrupos (cuadro 2).

Aunque una comparación de las tasas globales de fecundidad de 1970 y 1988-1990 indica que se produjo un descenso de la fecundidad entre las dos fechas, las tasas de 1980-1982 y de 1988-1990 apuntan a un estancamiento de la fecundidad en los años 80. No obstante, existen motivos para sostener que las tasas globales de fecundidad de 1980-1982 reflejan una importante subestimación de los nacimientos en el período y,

Cuadro 1
Estimaciones de la fecundidad en Nigeria, 1965-1999

Período abarcado	TGF ^a	Metodología y fuente de datos	Fuente
1965-1966	TBN = 50/1000 TFC ^b = 5,6	Encuesta demográfica rural nacional	Oficina Federal de Estadística, Lagos, Nigeria, 1968
1965 ^c	6,60	Estudio mundial sobre la fecundidad, 1981-1982	Cochrane y Farid, 1989
1970	6,50	Estudio mundial sobre la fecundidad, 1981-1982	Cochrane y Farid, 1989
1971-1973	7,30	Estudio nacional sobre la fecundidad, 1981-1982	Departamento de Comercio de EE.UU., 1979
1975	7,00	Estudio mundial sobre la fecundidad, 1981-1982	Cochrane y Farid, 1989
1978-1982	6,43	Estudio mundial sobre la fecundidad, 1981-1982	Oficina Nacional de Población, Lagos, Nigeria, y WFS, 1984
1983-1986	7,40	Encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1990	Makinwa-Adebusoye y Feyisetan, 1994
1987-1990	6,20	Encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1990	Makinwa-Adebusoye y Feyisetan, 1994
1986-1990	6,30	Encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1990	Comisión Nacional de Población, Abuja, 2000
1992-1994	5,40	Informe de seguimiento	Comisión Nacional de Población, Nigeria, 1994
1995-1999	5,20	Nigeria Demographic y Health Survey, 1999	Comisión Nacional de Población, Abuja, Nigeria, 2000

^a Salvo indicación en contrario.

^b Tamaño de familia completa.

^c Las estimaciones de Cochrane se obtuvieron de Foote, Hill y Martin (comps.), 1993. Cambios demográficos en África subsahariana.

por tanto, no se pueden usar como base válida para determinar tendencias de fecundidad en los años 80. En primer lugar, el súbito descenso de la TGF de 7 en 1975 a 6,34 en 1980-1982 no se puede justificar en una población donde la fecundidad deseada en 1981-1982 era más alta que la alcanzada en 1975². En segundo lugar, es imposible lograr una reducción de la fecundidad del 15% en 5 años, cuando sólo el 2,6% de las mujeres son usuarias permanentes de anticonceptivos eficaces³. En tercer lugar, a finales de los años 70 no existían ni actividades intensas de control de población ni políticas socioeconómicas⁴ que hubieran dado lugar a un descenso tan radical entre 1975 y 1980. La TGF de 1981-1982 parecía ser una subestimación, a la que se puede atribuir la falta de cambio que se puede observar en la fecundidad en los años 80. Aquí sostenemos que el descenso sostenido de la fecundidad parece haberse iniciado a mediados de los años 80, cuando los formuladores de política empezaron a pensar seriamente en cuestiones de control de población, lo que culminó en la formulación de una política nacional de población en 1988 (República Federal de Nigeria, 1988)⁵. Esta tesis está apoyada por una investigación de las tendencias, en la que se han usado datos de las encuestas demográficas y de salud de 1990 y 1999.

Las estimaciones de la fecundidad obtenidas para 1983-1986, y 1987-1990 a partir de la encuesta demográfica y de salud de 1990 y, para los períodos posteriores a 1990, de otras encuestas, en particular de la encuesta demográfica y de salud de 1999, sugieren que la fecundidad ha ido en descenso desde mediados de los años 80, al menos entre algunos subgrupos de población. En el análisis de los efectos quantum y calendario en Nigeria, Makinwa-Adebusoye y Feyisetan (obra citada) obtuvieron tasas globales de fecundidad de 5,8 y 6,9 para las mujeres de 15 a 44 años, en 1987-1990 y 1983-1986, respectivamente. Para las mujeres de 15 a 49 años, las cifras correspondientes para 1987-1990 y 1983-1986 son 6,2 y 7,4, respectivamente⁶. Estas cifras suponen un descenso de casi el 17% entre las mujeres de 15 a 49 años y del 16% entre las de 15 a 44, en un período de 4 años. Reconocemos asimismo que la magnitud del descenso en un período de 4 años es poco realista y refleja, probablemente, una sobreestimación de los nacimientos de 1983 a 1986 y una subestimación de los de 1987 a 1990. No obstante, existen motivos para creer que las tasas globales de fecundidad de los dos períodos no diferían mucho de sus valores reales y que se produjo un verdadero descenso de la fecundidad poco antes de 1990. En primer lugar, las TGF son muy consecuentes con la fecundidad deseada en los dos períodos. La TGF de 7,42 estimada para 1983-1986 es más consecuente con el tamaño deseado de familia de 8,25 en 1981-1982 que la de 5,94 para 1980-1982, y la de 6,02 para 1987-1990 es muy

- 2 Parece ilógico que la fecundidad descienda tanto cuando no se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia. No existía motivación para el descenso.
- 3 Sólo el 0,7% de las mujeres expuestas al riesgo de concebir estaban usando métodos eficaces cuando se realizó la encuesta de 1981-1982.
- 4 La educación universal gratuita, que se implantó en aquellas fechas, y la creciente prosperidad nacional derivada del incremento de los ingresos de las exportaciones de petróleo, si algo hacían, era favorecer la procreación.
- 5 Con la política se trata de alcanzar, entre otras, las metas siguientes: reducir la proporción de mujeres que se casan antes de cumplir 18 años, en 50% para 1995 y en 80% para el año 2000; ampliar la cobertura del servicio de planificación de la familia a 50% de las mujeres en edad de procrear para 1995 y a 80% para el año 2000, y reducir la TGF de 6 a 4 hijos por mujer para el año 2000. Desgraciadamente, no se adoptaron medidas para asegurar el logro de determinadas metas que tienen un efecto directo en la fecundidad o en los factores conexos, como la edad al contraer matrimonio y el número de hijos por mujer.
- 6 Se adoptó un período de referencia de 4 años para reducir el efecto de los errores derivados del cambio de fechas de los nacimientos, en particular de 1985 a 1984. El período de 4 años adoptado también reduce el error de la acumulación en años impares al tener un número igual de años pares e impares. Los nacimientos declarados y estimados mostraron poca diferencia para cada período de 4 años adoptado. Los nacimientos estimados son promedios de 3 años de nacimientos declarados (véase Makinwa-Adebusoye y Feyisetan, obra citada).

Cuadro 2

Tasas globales de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años, en los 5 años anteriores a la encuesta de fecundidad de Nigeria (EFN) de 1981-1982 y las encuestas demográficas y de salud de Nigeria (EDSN) de 1990 y 1999, por características generales

Características generales	EFN	EDSN 1990	EDSN 1999
Lugar de residencia			
Urbana	6,2	5,3	4,5
Rural	6,4	6,6	5,4
Región			
Sudeste	6,0	6,8	4,6
Suroeste	6,6	6,5	4,5
Nordeste	6,4	6,0	6,8
Noroeste	6,8	5,9	6,5
Educación			
Ninguna		6,7	6,1
Primaria		6,8	5,5
Secundaria y superior		4,6	4,1
Total	6,3	6,3	5,2

7 Aunque el tamaño deseado de la familia en 1990 puede haber sido subestimado debido al sesgo de selección en los datos de 1990, la diferencia de tamaño deseado de familia entre los dos períodos es demasiado grande para que se pueda atribuir exclusivamente a este factor.

8 El aplazamiento del nacimiento siguiente se dedujo de una tendencia al aumento de la duración media de los intervalos intergénésicos en los períodos anteriores a la encuesta de 1990. Makinwa-Adebusoye y Feyistan (obra citada), observaron que en los períodos de 16 a 20 y 11 a 15 años anteriores a la encuesta de 1990, la probabilidad de pasar de un orden de nacimiento a otro era alta y las curvas de probabilidades bastante planas, lo que reflejaba una falta de control deliberado de la fecundidad. Sin embargo, en los 5 años inmediatamente anteriores a la encuesta, se produjo una caída de la proporción de mujeres que hacían la transición de una paridez a la siguiente, en particular después del quinto nacimiento. La caída de la proporción de la transición de un nacimiento al siguiente era más pronunciada en las zonas urbanas, en el Sur, entre la población más instruida y entre las usuarias de anticonceptivos.

consecuente con el tamaño deseado de familia de 5,82 en 1990. Segundo, la reducción del tamaño deseado de la familia entre 1981-1982 y 1990 apoya el argumento a favor de un descenso real de la TGF; una reducción del tamaño deseado de la familia suele ser una indicación de una motivación de reducir la propensión a tener hijos⁷. Tercero, el programa de ajuste estructural, implantado en 1986, estuvo relacionado con condiciones económicas que aumentan el costo que supone para la familia la crianza del hijo. Así, es posible que parte del descenso de la tasa de fecundidad del período refleje un ajuste de comportamiento reproductivo a cambios súbitos en la favorable coyuntura económica.

Una comparación de las pruebas de las encuestas demográficas y de salud de 1990 y 1999 indica que la tendencia al descenso de la fecundidad continuó en el decenio de 1990 (cuadro 3). Según la encuesta demográfica y de salud de 1990, la TGF de las mujeres de 15 a 49 años en el período de 5 años anterior a la encuesta (1986-1990) era de 6,3. La encuesta demográfica y de salud de 1999 muestra que la TGF de las mujeres del mismo grupo de edad en el período de 5 años anterior a la encuesta (1995-1999) era de 5,2. Esto supone un descenso del 17,5% entre los dos períodos. No obstante, el descenso se produjo en distintos grados entre subgrupos de población. Por ejemplo, en zonas urbanas y rurales se registraron descensos del 15,1% y el 18,2%, respectivamente. Al examinarlo por región, el descenso es muy evidente sólo en las dos regiones meridionales (sudeste y suroeste). Con respecto a la educación, el descenso fue de, aproximadamente, un 9% entre las mujeres sin instrucción, un 19,1% entre las que tenían educación primaria y un 10,9% entre las mujeres que habían cursado la enseñanza secundaria o superior. Los mismos factores que dan cuenta del descenso a finales del decenio de 1980 siguieron actuando en el de 1990 y a ellos, probablemente, se puede atribuir la mayor parte del descenso de 1990. El hecho de que la mayor parte de los subgrupos de población registraran algún descenso de fecundidad indica la existencia de algún estímulo subyacente para el ajuste del comportamiento reproductivo al que respondió la población. Como se ha indicado anteriormente, debido a que el inicio del descenso de la fecundidad coincidió con el período de coyuntura económica desfavorable en Nigeria (caracterizado por altas tasas de desempleo; dificultades en realizar las aspiraciones en materia de educación para los hijos propios, como resultado de un aumento de la parte de los costos de educación que tienen que sufragar los padres; la devaluación de la moneda, que condujo al encarecimiento de los artículos básicos, y la eliminación parcial de los subsidios de salud y de numerosos servicios sociales), Makinwa-Adebusoye y Feyisetan (obra citada) llegaron a la conclusión de que la crisis económica en los planos individual y social tiene que haber contribuido a la decisión de aplazar el nacimiento de los hijos o de renunciar a ellos. En su estudio de los Yoruba de Nigeria sudoccidental, Orubuloye (1998) también hizo alusión a las dificultades económicas como factor principal del descenso de la fecundidad. El que este descenso sea más evidente en el sur que el norte puede deberse al hecho de que el ritmo de cambio de los factores que dan lugar al descenso o la reacción de la gente a sus efectos es más favorable al descenso de la fecundidad en el sur que en el norte.

En respuesta a los estímulos, se produjeron dos acontecimientos: el primero es el aplazamiento del siguiente nacimiento, en particular entre las mujeres más jóvenes, y el segundo, la reducción de la proporción de mujeres que hacen la transición de una paridez a la siguiente (cuadro 4)⁸. A escala nacional, la fecundidad descendió con más rapidez entre las mujeres jóvenes de menos de 20 años y las mujeres de 35 años y más. El patrón del descenso por edad respalda el argumento de un aplazamiento de los nacimientos por las mujeres de menos de 20 años y un aumento de la proporción de mujeres de 35 años y más que estaban dejando de tener hijos (o una reducción de la proporción de las mujeres que pasan de una paridez a la siguiente en un período de 5 años). El hecho de que descendiera la fecundidad entre todos los grupos de edad refuerza la afirmación de Caldwell y colaboradores (1992) de que la transición de la fecundidad en África se caracterizará por descensos en todas las edades, tanto en el matrimonio como fuera de él. Esto se debe a que los intentos de los adultos jóvenes de evitar el embarazo y el matrimonio y el empeño en espaciar los nacimientos por las mujeres de más edad seguirán siendo

importantes fuerzas motrices de la transición. El ritmo del descenso de la fecundidad era casi idéntico en las zonas urbanas y rurales (cuadro 3). Entre las regiones, el descenso era más rápido en el suroeste y más lento en el noroeste y nordeste. La reducción de la fecundidad estaba directamente relacionada con la educación. Para los fines del presente estudio es importante la observación de que la fecundidad es más baja en las mujeres

Cuadro 3
Tasas de fecundidad por edad (por mil mujeres) y tasas globales de fecundidad para el período de 5 años anterior a las EDSN de 1990 y 1999

Características generales		Edad de las mujeres						TGF	TGF	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	15-44	15-49
Lugar de residencia										
Urbana	1999	75	193	231	211	114	53	21	4,4	4,5
	1990	90	216	278	225	144	66	41	5,1	5,3
	Cambio porcentual	-16,7	-10,6	-16,9	-6,2	-20,8	-19,7	-48,8	-13,7	-15,1
Rural	1999	126	233	243	233	150	78	25	5,3	5,4
	1990	167	285	280	235	174	103	74	6,2	6,6
	Cambio porcentual	-24,6	-18,2	-13,2	-0,9	-13,8	-24,3	-66,2	-14,5	-18,2
Región										
Sudeste	1999	50	165	233	250	145	64	22	4,5	4,6
	1990	106	268	302	230	174	78	48	5,8	6,0
	Cambio porcentual	-52,8	-38,4	-22,8	8,7	-16,7	-17,9	-54,2	-22,4	-23,3
Suroeste	1999	57	198	241	204	114	57	27	4,4	4,5
	1990	69	223	293	238	189	82	82	5,5	5,9
	Cambio porcentual	-17,4	-11,2	-17,7	-14,3	-39,7	-30,5	-67,1	-20,0	-23,7
Nordeste	1999	204	282	277	272	182	117	27	6,7	6,8
	1990	202	299	277	242	156	120	61	6,5	6,8
	Cambio porcentual	1,0	-5,7	0,0	12,4	16,7	-2,5	-55,7	3,1	0,0
Noroeste	1999	206	296	244	258	150	90	46	6,2	6,5
	1990	216	269	243	219	145	116	86	6,0	6,5
	Cambio porcentual	-4,6	10,0	0,4	17,8	3,4	-22,4	-46,5	3,3	0,0
Educación										
Ninguna	1999	222	292	251	222	143	74	23	6,0	6,1
	1990	213	283	270	225	172	102	68	6,3	6,7
	Cambio porcentual	4,2	3,2	-7,0	-1,3	-16,9	-27,5	-66,2	-4,8	-9,0
Primaria	1999	115	250	265	242	148	69	20	5,4	5,5
	1990	142	310	325	264	164	82	68	6,4	6,8
	Cambio porcentual	-19,0	-19,4	-18,5	-8,3	-9,8	-15,9	-70,6	-15,6	-19,1
Secundaria y superior	1999	37	146	209	220	112	54	38	3,9	4,1
	1990	65	187	250	204	104	27	79	4,2	4,6
	Cambio porcentual	-43,1	-21,9	-16,4	7,8	7,7	100,0	-51,9	-7,1	-10,9
Uso de anticonceptivos										
Nunca	1999	114	232	242	232	139	74	24	5,2	5,3
	1990	152	281	278	233	170	98	71	6,1	6,4
	Cambio porcentual	-25,4	-17,4	-13,1	-0,6	-18,2	-25,2	-66,9	-14,8	-17,2
Alguna vez	1999	138	248	275	195	233	29	^a	5,6	5,6
	1990	146	189	308	196	184	89	^a	5,6	5,6
	Cambio porcentual	-6,0	31,1	-10,8	-0,5	27,0	-67,9	^a	0,0	0,0
Total										
	1999	111	220	239	226	138	71	24	5,0	5,1
	1990	145	267	279	232	167	96	68	5,9	6,3
	Cambio porcentual	-23,4	-17,6	-14,3	-2,6	-17,4	-26,0	-64,7	-15,3	-19,0

^a Indica células con demasiados pocos casos.

de las zonas urbanas, las usuarias de anticonceptivos y las más instruidas, en los dos períodos de tiempo. La emergencia de marcadas diferencias de fecundidad se ve como un agente catalizador (cuando no una condición previa) del descenso de la fecundidad. No obstante, cabe señalar que el descenso general de la fecundidad refleja, principalmente, el descenso registrado en el sur.

FACTORES ASOCIADOS CON EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN NIGERIA

Pese a la exigüidad de los datos, hemos tratado de demostrar que el descenso de la fecundidad tuvo su inicio, aunque sólo entre determinados segmentos de la población, poco antes de 1990. ¿Qué factores contribuyeron al descenso de la fecundidad y qué cambios esperamos en esos factores con el tiempo? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de esos cambios en la fecundidad en Nigeria? Esas son las cuestiones de las que nos ocuparemos en esta sección.

Los deseos de fecundidad

Para que los descensos de la fecundidad se puedan sostener, tienen que producirse cambios en las normas de fecundidad hacia familias de tamaño más pequeño. Las normas de fecundidad, generalmente reflejadas en la demanda de hijos, se suelen medir por el número de hijos deseados con arreglo a las condiciones económicas y sociales reinantes. Aunque a veces están influidos por el número de hijos vivos, los patrones de cambio y los diferenciales de fecundidad deseada a veces permiten hacerse una idea del probable curso futuro de la fecundidad. Consecuente con la teoría de la transición demográfica, un descenso futuro de la fecundidad se puede prever cuando los deseos de fecundidad disminuyen y llegan a ser más bajos que la fecundidad real. Los cambios de fecundidad deseada reflejan cambios que habrían ocurrido en la fecundidad lograda si los deseos se hubieran

Cuadro 4
Duración media de los intervalos intergenésicos por edad al alumbramiento y período antes de la encuesta del nacimiento del hijo anterior, Nigeria, 1990^a

Edad al nacer el hijo anterior	Período antes de la encuesta del nacimiento del hijo anterior	Transición de la paridez				
		1-2	2-3	3-4	4-5	5-6
Menos 15 años	0-3 años	31,82	^b	^b	^b	^b
	4-7 años	30,98	^b	^b	^b	^b
	8 años y más	28,10	^b	^b	^b	^b
15-19	0-3 años	31,42	32,80	31,29	^b	^b
	4-7 años	29,98	28,88	31,73	29,96	^b
	8 años y más	27,02	26,87	26,02	26,04	^b
20-24	0-3 años	29,18	31,57	32,03	32,44	29,73
	4-7 años	28,77	29,17	27,95	30,25	31,03
	8 años y más	27,44	27,46	26,91	27,29	25,86
25-29	0-3 años	34,60	42,13	33,83	35,87	32,92
	4-7 años	39,96	32,17	29,76	31,37	30,73
	8 años y más	28,86	28,33	28,07	28,78	27,39
30-34	0-3 años	^b	32,98	31,83	35,26	36,62
	4-7 años	^b	48,64	35,09	34,52	36,47
	8 años y más	^b	26,62	29,85	28,72	30,18
35 años y más	0-3 años	^b	^b	45,00	39,75	42,63
	4-7 años	^b	^b	26,71	32,14	37,41
	8 años y más	^b	^b	32,15	25,25	34,48

Fuente: Makinwa-Adebusoye y Feyisetan.

^a Duraciones medias obtenidas mediante el ajuste de los modelos de supervivencia a los datos de la encuesta demográfica y de salud de Nigeria.

^b Indica células con demasiados pocos casos.

traducido en comportamiento. Para poder predecir el curso futuro de la fecundidad en Nigeria es necesario investigar los patrones del cambio en las normas de fecundidad.

En el cuadro 5 se presenta el porcentaje de mujeres actualmente casadas que no deseaban más hijos, junto con el número ideal medio de hijos en 1981-1982, 1990 y 1999. Entre las mujeres de paridez de tercer orden o superior, el porcentaje de mujeres, por paridez, que no deseaba más hijos aumentó entre 1981-1982 y 1999. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres con 4 hijos vivos que no deseaban más hijos aumentó de 5,4 en 1981-1982 a 16,9 en 1990 (cerca del 300%) y a 22,6 en 1999 (más del 400%).

La tendencia de un descenso de la demanda de hijos representada por los porcentajes que no deseaban más hijos en 1981-1982 y en 1990, se reforzó por los datos sobre el número ideal medio de hijos (cuadro 5), en particular cuando la comparación se hacía entre los datos de 1981-1982 y 1990. No sólo era el número ideal medio general más bajo en 1999 (6,7 en 1999 frente a 8,36 en 1981-1982), sino que el número ideal medio de hijos por paridez era más bajo en todos los órdenes de paridez en 1990. Con respecto al nivel de 1990, existen motivos para pensar que es un artefacto de datos. A diferencia de 1981-1982 y 1999, en la encuesta demográfica y de salud de Nigeria de 1990, una abrumadora mayoría de mujeres (61%) dieron una respuesta no numérica a la pregunta sobre el número ideal de hijos. En cambio, sólo el 18% de las mujeres entrevistadas en la encuesta demográfica y de salud de 1999 dieron respuesta no numérica a la pregunta (Comisión Nacional de Población, 2000). Dado que la media se calcula para las mujeres que dieron una respuesta numérica y que el tamaño deseado de familia de las mujeres que dieron repuestas no numéricas es probable que exceda el promedio de la población (Bongaarts, 1992), el nivel medio observado en 1990 parecía ser una subestimación de su verdadero valor.

Sin el sesgo de selección de la encuesta demográfica y de salud de 1990, mencionado *supra*, es muy probable que los datos de 1990 y 1999 habrían indicado algún descenso en el número ideal de hijos entre los dos períodos. Dos observaciones apoyan el argumento a favor de un descenso continuo de la demanda de hijos entre 1990 y 1999. La primera es lo sistemático de la relación entre el porcentaje que no deseaba más hijos y el número ideal medio de hijos en los dos puntos cronológicos. La segunda es que las tasas globales de fecundidad deseada descendieron en un hijo, o el 17%, entre ambos períodos: de 5,8 a 4,8 (cuadro 6). El descenso de la tasa global de fecundidad deseada también es evidente en las residentes de zonas rurales y urbanas de todas las regiones, salvo en el nordeste.

Cuadro 5
Porcentaje de mujeres actualmente casadas que no desean más hijos
y número ideal medio de hijos por número de hijos vivos

Número de hijos vivos	Porcentaje que no desea más			Número ideal medio		
	1981-1982 WFS	1990 EDSN	1999 EDSN	1981-1982 WFS	1990 EDSN	1999 EDSN
0	3,6	1,4	2,2	7,7	5,5	6,6
1	2,5	3,3	1,0	7,9	5,6	6,2
2	2,2	5,1	5,1	7,6	5,7	6,2
3	4,4	8,8	11,0	8,1	6,1	6,2
4	5,4	16,9	22,6	8,3	6,0	6,5
5	6,7	24,0	32,5	9,0	7,1	7,1
6 ^a	6,7	44,3	53,0	9,5	7,2	7,8
7	8,8			9,9		
8	23,0			10,6		
9+	24,4			12,6		
Todos	5,0	15,4	19,6	8,4	6,2	6,7

Fuente: Los datos correspondientes a 1981-82 provienen de la Oficina Nacional de Población / Estudio mundial de la fecundidad, 1984, la encuesta de fecundidad de Nigeria, 1981-1982: Informe principal, vol. I, Metodología y conclusiones, cuadros 6.3 y 6.8; los datos correspondientes a 1990 provienen de 1a Oficina Federal de Estadística/IRD/Macro, 1992, encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1990, cuadros 6.3 y 6.5; los datos correspondientes a 1999 provienen de la Comisión Nacional de Población, 2000, encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1999, cuadros 6.4 y 6.6.

^a Los datos de las encuestas demográficas y de salud de 1990 y 1999 son para 6 hijos o más.

Pruebas en apoyo del descenso del tamaño deseado de familia después de 1990, en particular en el suroeste, se encuentran en microestudios que muestran que el número medio era menos de cinco entre 1996 y 1997 (Orubuloye, obra citada; Feyisetan, 1998). En Ado-Ekiti, Orubuloye pudo constatar que el número medio de hijos deseados es 4,5 (2,4 niños y 2,1 niñas). En cuanto a lo que sería el número ideal de hijos por mujer, Feyisetan llegó a un promedio de 4,3⁹ para el estado de Ondo, mientras que Orubuloye calculó una media de 4,6 para Ado-Ekiti. Estas cifras son mucho más bajas que el número medio de hijos deseados por las mujeres del suroeste en 1990.

Se espera que los descensos de la fecundidad deseada den lugar a descensos en la fecundidad real (Sathar y Casterline, 1998), en particular si están asociados a un incremento del uso de anticonceptivos. Incluso si todavía no se produce un descenso considerable de la fecundidad, la tendencia observada de reducción del tamaño deseado de familia¹⁰ ofrece alguna base para pronosticar nuevos descensos de la fecundidad de Nigeria en el futuro.

El matrimonio

El papel del matrimonio en la determinación de los niveles de fecundidad en las sociedades donde la mayor parte de la procreación está limitada a los confines del matrimonio está ampliamente documentado¹¹. Los cambios en la proporción de mujeres casadas así como en la edad al contraer matrimonio se han señalado como unos de los factores causantes del descenso de la fecundidad en algunos países del Norte de África (Fargues, 1989; Consejo Nacional de Investigaciones, 1982). Al descomponer los factores responsables de las diferencias en fecundidad entre subgrupos de población en Nigeria, Makinwa-Adebusoye y Feyisetan (obra citada), con el método de Bongaarts (Bongaarts, 1978), comprobaron que el matrimonio es el segundo factor en importancia. En el país en conjunto, el efecto inhibitor del matrimonio en la fecundidad es del 25%. Una vez más, el valor nacional oculta las grandes diferencias que existen entre las regiones (45% en el suroeste, 41% en el sudeste, 9% en el noroeste y 8% en el noreste), entre grupos de instrucción (9% entre las mujeres sin instrucción, 29% entre las mujeres que han cursado la enseñanza secundaria, y 54% entre las que tienen estudios secundarios o superiores) y entre las mujeres de zonas rurales y urbanas (21% entre las mujeres de zonas rurales y 36% entre las de zonas urbanas)¹². Pese al aumento de los embarazos y la fecundidad en la adolescencia, la mayoría de los nacimientos todavía ocurre dentro del matrimonio.

Pero, entonces, ¿cuáles han sido los cambios en las modalidades del matrimonio en Nigeria? Primero, la proporción de mujeres casadas está disminuyendo. Para todas

9 El número ideal declarado por los maridos es 4,1.

10 La tendencia observada al descenso de la fecundidad no es probable que se invierta, a menos que aumente la mortalidad infantil. La coyuntura económica desfavorable en Nigeria ha dado lugar a la justificación del tamaño más pequeño de la familia.

11 Se ha observado que en las sociedades africanas se da un porcentaje considerable de procreación fuera de los límites legales del matrimonio (Lesetedi y colaboradores, 1989) y que a veces es difícil definir cuándo se ha consumado realmente un matrimonio (Feyisetan y Pebley, 1989; Meekers, 1992).

12 El efecto es mayor entre subgrupos de población con más edad al contraer matrimonio.

Cuadro 6
La diferencia entre las tasas globales de fecundidad y las tasas globales de fecundidad deseada en las EDSN de 1990 y 1999

Características generales	1990 EDSN				1999 EDSN			
	TGF	TGF deseada	Cambio absoluto	Cambio porcentual	TGF	TGF deseada	Cambio absoluto	Cambio porcentual
Residencia								
Urbana	5,0	4,8	-0,2	-4,0	4,5	4,2	-0,3	-6,7
Rural	6,3	6,1	-0,2	-3,2	5,4	5,1	-0,3	-5,6
Región								
Sudeste	5,6	5,2	-0,4	-7,1	4,6	4,2	-0,4	-8,7
Suroeste	5,5	5,2	-0,3	-5,5	4,5	4,2	-0,3	-6,7
Nordeste	6,5	6,2	-0,3	-4,6	6,8	6,4	-0,4	-5,9
Noroeste	6,6	6,6	0,0	0,0	6,5	6,0	-0,5	-7,7
Total	6,0	5,8	-0,2	-3,3	5,2	4,8	-0,4	-7,7

las mujeres, esta proporción descendió a un 10,6% (del 78,4% al 70,1%) entre 1990 y 1999. Segundo, la proporción de las uniones polígamas¹³ está disminuyendo y la práctica de los alojamientos comunes está cambiando. La proporción de mujeres en uniones polígamas disminuyó un 5,4% en general entre 1990 y 1999. Pero esta diferencia es mucho mayor en determinados subgrupos: el 33,6% entre las mujeres del sudeste y el 18,9% entre las del nordeste. A diferencia del pasado, un porcentaje considerable de hombres con dos o más esposas ya no las alberga a todas bajo el mismo techo. Esta tendencia es especialmente común entre los hombres de las zonas urbanas, que mantienen a sus esposas en distintos alojamientos de la ciudad o en distintas ciudades. Estos arreglos de vivienda podrían conducir a una menor frecuencia del coito y, por ende, a una reducción de la fecundidad. Tercero, la edad al contraer matrimonio tiende a aumentar: entre las mujeres de 25 a 49 años, la edad media al contraer matrimonio aumentó un año o un 7% entre 1990 y 1999. Aquí también, el promedio nacional oculta las grandes diferencias entre regiones y entre las zonas urbanas y rurales. La edad al contraer matrimonio es más alta en las zonas urbanas y entre las mujeres de las regiones meridionales. Estas pautas de diferenciales dan algunos motivos para esperar nuevos aumentos a medida que la población se va haciendo más urbana¹⁴ y un número mayor de mujeres alcanza grados de instrucción más altos. La situación económica actual de Nigeria, cuyas mejoras puede que no se traduzcan inmediatamente en mejores condiciones de vida de la mayor parte de la población, también se ha señalado como un factor a favor del retraso de la edad al contraer matrimonio. Las crisis económicas han hecho que a los hombres les sea más difícil (que en los años 70 y 80) disponer de los recursos necesarios para hacer frente a las obligaciones del matrimonio y la paternidad. Orubuloye (obra citada) señaló que ahora se suele retrasar el matrimonio, ya que hombres y mujeres prefieren consolidar sus carreras y capacidad de obtención de ingreso antes de casarse. Además, el intenso deseo de adquirir una educación mejor está contribuyendo al aplazamiento del matrimonio por los jóvenes, tanto hombres como mujeres.

El uso de anticonceptivos

El efecto inhibitor de los anticonceptivos en la fecundidad se ha demostrado en varios estudios (véase Westoff y Bankole, 2001). Aunque algo pequeño en la actualidad, debido a su baja proporción y al uso elevado de métodos menos eficaces, de conformidad con la experiencia de otros países (Westoff, 1990; Ross y Frankenberg, 1993, Cohen, 1998), se puede esperar un aumento del efecto inhibitor de la anticoncepción a medida que aumente el uso de anticonceptivos¹⁵, en particular si se produce un cambio a métodos más eficaces.

El uso de anticonceptivos, en particular de métodos modernos, ha ido aumentando en Nigeria a partir de comienzos del decenio de 1980. Cuando se llevó a cabo el Estudio sobre la fecundidad mundial 1981-1982, el 6,2% de las mujeres expuestas al riesgo de concebir estaban usando anticonceptivos y de ellas, sólo el 0,7% usaban métodos modernos (eficaces). Para 1990, el 7,5% de todas las mujeres y el 6% de las casadas estaban usando anticonceptivos. De éstas, el 3,8% de todas las mujeres y el 3,5% de las casadas estaban usando métodos modernos. Para 1999, el uso de anticonceptivos había aumentado considerablemente: un 15,7% de todas las mujeres estaban usando algún método y cerca de un 9% usaba métodos modernos. Entre las mujeres casadas, el uso de anticonceptivos aumentó un 155% entre 1990 y 1999, del 6% al 15,3% (cuadro 7). Asimismo, para 1999, cerca del 9% de las mujeres casadas estaba usando métodos modernos. El uso de anticonceptivos ha sido en general más alto en el sur (sobre todo en el suroeste), en las zonas urbanas y entre las mujeres más instruidas¹⁶. Pero en la mayoría de los subgrupos se ha registrado un aumento del uso de anticonceptivos entre 1990 y 1999. Por ejemplo, el uso de anticonceptivos aumentó un 233% en las zonas rurales y un 76,6% en las zonas urbanas. También se registraron aumentos del 55% al 167% en las diversas regiones (cuadro 7).

¹³ Como se indicó anteriormente, la poliginia a veces facilita la alta fecundidad, mediante la competencia por la procreación entre las co-esposas. La competencia suele ser mayor cuando la proporción de los bienes que heredará una esposa y sus hijos depende del número de hijos, en particular de hijos varones (Feyisetan y Togunde, 1988).

¹⁴ La población urbana de Nigeria ha ido aumentando con el paso de los años y seguirá creciendo como resultado de la excesiva concentración de los establecimientos industriales y servicios sociales en los centros urbanos. El censo de 1963 de Nigeria indicaba que 19% de la población residía en zonas urbanas, mientras que las encuestas demográficas y de salud de 1990 y de 1999 daban las cifras de 24,9 y 31%, respectivamente. Las mujeres de las zonas urbanas suelen ser más instruidas que las de las zonas rurales porque el tipo de trabajo a los que pueden aspirar exige más conocimientos. Dado que asisten más años a la escuela, tienden a casarse más tarde.

¹⁵ Esto será así si la anticoncepción se usa para limitar la fecundidad y no simplemente en sustitución de otros medios tradicionales a través de los cuales se han conseguido espaciar suficientemente los nacimientos.

¹⁶ Las pautas de diferenciales entre subgrupos de población que usan anticonceptivos en Nigeria están inversamente relacionadas con el tamaño de familia deseado. Esta conclusión supone que el descenso sostenido de la fecundidad deseada dará lugar a un mayor uso de anticonceptivos, en particular de métodos más eficaces. Así, la demanda de anticonceptivos se está convirtiendo en una función más de la demanda de (limitar) hijos que de espaciar sus nacimientos.

Cuadro 7
Determinantes próximos de la fecundidad y sus índices, Nigeria 1990 y 1999

Características generales	Año	Lugar de residencia		Región de residencia				Total
		Urbana	Rural	Sudeste	Suroeste	Nordeste	Noroeste	
Porcentaje de casadas	1999	55,4	60,9	41,2	55,7	79,3	73,3	70,1
	1990	67,5	82,0	65,0	67,2	92,6	92,5	78,4
	Cambio porcentual	-17,9	-25,7	-36,6	-17,1	-14,4	-20,8	-10,6
Porcentaje de poliginia	1999	30,9	37,7	20,2	34,6	40,3	41,0	38,7
	1990	33,6	42,9	30,4	38,4	49,7	43,6	40,9
	Cambio porcentual	-8,0	-12,1	-33,6	-9,9	-18,9	-6,0	-5,4
Edad media al primer matrimonio ^a	1999	19,4	17,3	20,2	20,2	14,7	15,1	18,3
	1990	19,0	16,3	18,3	19,7	15,4	15,2	17,1
	Cambio porcentual	2,1	6,1	10,4	2,5	-4,5	-0,7	7,0
Porcentaje que usa anticoncepción	1999	23,4	12,0	23,5	26,2	3,2	3,1	15,3
	1990	14,8	3,6	8,8	15,0	1,2	2,0	6,0
	Cambio porcentual	58,1	233,3	167,0	74,7	166,7	55,0	155,0
Duración media de la infertilidad del puerperio	1999	12,4	16,7	12,9	13,8	17,2	16,1	15,5
	1990	15,1	19,9	15,9	17,0	19,9	21,2	19,0
	Cambio porcentual	-17,9	-16,1	-18,9	-18,8	-13,6	-24,1	-18,4
Índice de amenorrea del puerperio (Ci) ^b	1990	0,52	0,48	0,52	0,5	0,47	0,48	0,49
Índice de anticoncepción (Cc) ^b	1990	0,86	0,97	0,92	0,86	0,99	0,98	0,95
Índice de nupcialidad (Cm) ^b	1990	0,64	0,79		0,55	0,91	0,92	0,75

^a Calculado para mujeres de 25 a 49 años.

^b Tomado de Makinwa-Adebusoye y Feyisetan (obra citada).

Se espera que algunas novedades en la prestación de servicios de planificación de la familia haga más accesibles estos servicios. Primero, la distribución de anticonceptivos en un centro de salud se complementa con el programa de distribución basado en la comunidad, para llegar a un mayor número de clientes. El programa de distribución en la comunidad se está llevando a cabo en muchas partes de Nigeria, en particular en el norte, principal foco de resistencia a los servicios de planificación de la familia. Segundo, la participación de organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios de sensibilización, educación, asesoramiento y distribución ha aumentado en los últimos años. Además de hacer frente a la gran necesidad no satisfecha de anticoncepción del país, ya indicada, estas actividades deberían generar nueva demanda de anticonceptivos. Varias ONG también ofrecen servicios de salud reproductiva a las adolescentes, que se espera que tengan un efecto en los embarazos y la fecundidad entre este grupo de población. Tercero, la integración de los servicios de planificación de la familia y de salud materno-infantil en los servicios de atención primaria de salud brinda nuevas oportunidades de llegar a posibles clientes. Cuarto, se han diseñado, y se siguen diseñando, programas, en particular por organizaciones no gubernamentales, que tienen por objeto conseguir la participación de los hombres en las actividades de planificación de la familia. Se ha documentado una elevada participación masculina en la planificación de la familia en el suroeste y el sudeste (Feyisetan y colaboradores, 1998). Con la creciente participación de los hombres en la planificación de la familia, se habrá superado un importante obstáculo a la adopción de los anticonceptivos y se puede esperar un aumento de su uso. Además, el recurso a los medios de comunicación para promover la planificación de la familia ha demostrado ser un método eficaz para modificar el comportamiento anticonceptivo en Nigeria (Bankole y colaboradores, 1999). Por tanto, el uso continuo de los medios de comunicación con fines de información, educación y divulgación con respecto a la planificación de la familia es probable que conduzca a un nuevo aumento del uso de anticonceptivos en el país.

Las variables del puerperio: lactancia, amenorrea del puerperio y abstinencia del puerperio

La lactancia es universal en Nigeria y las mujeres, desde tiempo inmemorial, han amamantado a sus hijos y se han abstenido de las relaciones sexuales durante períodos de tiempo prolongados. Las madres se suelen abstener de las relaciones sexuales durante la lactancia¹⁷. Sabemos que la lactancia y el retraso de la reanudación de las relaciones sexuales prolongan la amenorrea. Una investigación de los factores responsables de las diferencias de fecundidad entre subgrupos de población en Nigeria revela que la infertilidad del puerperio tiene el mayor efecto inhibitor en la tasa global de fecundidad (Makinwa-Adebusoye y Feyisetan, obra citada). Desgraciadamente, a diferencia de la nupcialidad y la anticoncepción, la duración de la infertilidad del puerperio está inversamente relacionada con la educación y es más breve en las zonas urbanas. Por consiguiente, se supone que la duración de la infertilidad del puerperio disminuirá con la modernización. Hasta ahora no se han observado descensos de consideración y las últimas campañas a favor de la lactancia de larga duración para asegurar la salud del niño pueden incluso invertir cualquier tendencia al descenso¹⁸. Entre 1990 y 1999, la duración media de la infertilidad del puerperio descendió tres meses, diferencia que no parece variar mucho entre zonas rurales y urbanas o entre regiones (cuadro 7). Además, el creciente uso de anticonceptivos para limitar la fecundidad (y no sólo como sustitutos de los métodos tradicionales de espaciamiento) puede trocar en insignificante el efecto de promoción de la fecundidad de una reducción del período de infertilidad del puerperio¹⁹.

El aborto

El efecto del aborto en la fecundidad también se ha documentado. El aumento de la tasa de aborto ha estado generalmente acompañado de un descenso de la fecundidad, en particular en las poblaciones de fecundidad alta a mediana. Los datos sobre el aborto son muy escasos en Nigeria, porque se trata de una práctica ilícita. Henshaw y colaboradores (1998) calcularon la proporción del aborto en Nigeria en 1996. Los resultados indican que todos los años se practican en Nigeria aproximadamente 610.000 abortos, lo que supone una tasa de 25 abortos por mil mujeres de 15 a 44 años. Se calcula que cerca del 40% de los abortos se practican por médicos, en centros sanitarios, mientras que el resto corre a cargo de personal no facultativo. Aunque es difícil constatar con exactitud su frecuencia, las pruebas derivadas de estudios basados en datos de centros sanitarios apuntan a un aumento de la práctica del aborto en Nigeria. Desgraciadamente, debido a que se trata de una práctica ilegal, excepto en determinadas circunstancias, un alto porcentaje de los abortos que se practican en Nigeria se lleva a cabo por personal no capacitado, que sólo insta a sus clientes a buscar atención médica cuando surgen complicaciones. No tenemos motivos para creer que la proporción del aborto disminuirá en Nigeria en el futuro próximo, sea legal o no. Más bien, el continuo descenso del tamaño de la familia dará lugar a una mayor demanda de servicios de abortos, a menos que los servicios de planificación de la familia mejoren considerablemente para hacer frente a la demanda.

Otros factores

¿Qué otros factores pueden decidir el curso futuro de la fecundidad en Nigeria? Se han señalado varios factores socioeconómicos que tienen efectos indirectos en la fecundidad. No obstante, aquí nos ocuparemos sobre todo de dos de ellos: la instrucción y el empleo de la mujer. Los estudios realizados han demostrado que existen grandes variaciones en la influencia de la instrucción en la fecundidad entre países con distinto grado de instrucción (Jejeebhoy, 1995; Ian Diamond y colaboradores, 1999). Sin embargo, en la mayoría de los casos, la relación entre la educación de la mujer y la fecundidad ha sido inversa, y se han señalado diversos conductos a través de los cuales la instrucción de la mujer influye

17 Véase Feyisetan (1990) para más detalles sobre las creencias tradicionales respecto a la abstinencia del puerperio y la lactancia entre los Yoruba de Nigeria.

18 Un retorno a la práctica de larga duración de la lactancia puede ser inevitable, ya que muchas madres carecen de recursos para comprar sucedáneos de la leche materna.

19 Según las dos rondas de encuestas demográficas y de salud de Nigeria, la proporción de mujeres actualmente casadas, que están usando anticoncepción para limitar su fecundidad, aumentó de 2,7% en 1990 a 4,6% en 1999.

en la fecundidad. En Nigeria, los estudios han indicado sistemáticamente una fecundidad más baja entre las mujeres que han cursado estudios secundarios y superiores, lo que supone que un aumento considerable de la instrucción de la mujer en esos grados estará acompañado de un descenso de la fecundidad. La matrícula femenina en todos los niveles de educación ha aumentado con el paso del tiempo (Oficina Federal de Estadística, 1997) y no hay motivos para esperar que se produzca una inversión de esta tendencia. No obstante, este aumento está sujeto a importantes variaciones regionales.

La participación de la mujer en la fuerza laboral también ha aumentado con el tiempo en Nigeria. No obstante, las perspectivas de recortes del empleo están reduciendo el efecto de esta variable. En general, se ha demostrado que las mujeres empleadas en el sector estructurado suelen tener menos hijos²⁰, pero el desempleo también está empezando a relacionarse con una fecundidad más baja. Al igual que a sus colegas masculinos, el desempleo niega a la mujer acceso a recursos con los que pueda prepararse para el matrimonio y la maternidad inmediatamente después de terminar los estudios. De este modo, se ve obligada a posponer el matrimonio y la maternidad para consolidar su capacidad de ganar un ingreso. Dado que los recursos de los hombres cada vez son más insuficientes para hacer frente a las necesidades de la familia, una proporción cada vez mayor de hombres busca ahora mujeres empleadas como compañeras, lo que reduce las oportunidades de matrimonio de las mujeres desempleadas.

¿A dónde nos conduce esta situación? Se ha entablado una amplia discusión en torno a las últimas tendencias en la fecundidad y sus determinantes para orientar nuestra evaluación del curso futuro de la fecundidad en Nigeria. Hasta ahora, nuestra discusión ha apuntado a una conclusión: ya se ha iniciado en Nigeria un descenso sostenido de la fecundidad y es inminente un nuevo descenso. Pero todavía no se ha dado respuesta a determinadas cuestiones pertinentes: ¿A qué tasa va a descender la fecundidad, hasta dónde descenderá antes de estabilizarse y cuánto tardará en llegar al punto de estabilización? Para poder responder a estas preguntas, se ha emprendido una evaluación de dos recientes proyecciones para Nigeria.

EL CURSO FUTURO DE LA FECUNDIDAD EN NIGERIA

¿Cuándo se puede decir que ha concluido una transición? ¿Cuánto tiempo se tarda en dar cima a la transición? ¿Qué es lo que determina el nivel al que se estabiliza la fecundidad del final de la transición? Por regla general, se puede considerar que la transición de la fecundidad ha terminado cuando se produce un retraso en el descenso de la fecundidad o la fecundidad se mantiene estable tras años de descenso continuo. Aunque se suele suponer que, a la larga, predominará un nivel de reemplazo de alrededor de 2,1 nacimientos por mujer, las teorías demográficas no indican qué nivel de fecundidad se habrá alcanzado al llegar al final de transición²¹. La fecundidad alcanzó el nivel de reemplazo de 2,1 nacimientos por mujer en varios países en desarrollo cuando la transición llegó al final de su ciclo. De hecho, en varios de ellos, la fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo. Por lo que respecta al tiempo que se tarda en completar una transición de fecundidad, la experiencia de los países desarrollados ha demostrado que la duración es una función del ritmo del descenso de la fecundidad y del nivel final al que se estabiliza. Si bien el ritmo del descenso depende de la velocidad del cambio en los factores sociales y próximos examinados anteriormente, el nivel definitivo de la fecundidad es una función de valores sociales e individuales de los hijos por sí mismos, determinados por los costos y beneficios relativos percibidos de tener hijos.

Al determinar el nivel al que esperamos que se estabilice la fecundidad en Nigeria al llegar a su término la transición actualmente en curso, reconocemos que, al igual que en varias sociedades africanas, la fecundidad en Nigeria tiene sus raíces en creencias y prácticas culturales. Además, también está sujeta a la influencia de condiciones de mortalidad. Varias cuestiones se deben considerar antes de que se pueda llevar a cabo una evaluación en debida forma del nivel futuro. La observación de Wolfgang (1996, pág. 46) de que es

20 Esto se suele explicar por la incompatibilidad de su trabajo y la crianza de los hijos.

21 Dado que el número de nacimientos necesarios para alcanzar el nivel de reemplazo también depende de las tablas de mortalidad, parece más apropiado pensar en el nivel de reemplazo como 2,1 hijos supervivientes por mujer.

difícil predecir cuál será el nivel de la fecundidad cuando termine la transición en los países en desarrollo es pertinente en el caso de Nigeria. No sólo es difícil predecir el nivel definitivo, sino que también lo es predecir la rapidez del descenso con un alto grado de precisión.

Proyectar la fecundidad de Nigeria al futuro no es ninguna novedad. Se han postulado proyecciones de fecundidad para Nigeria y se han revisado cuando ha sido necesario. Aquí no estamos tratando de ofrecer nuevos conjuntos de proyecciones de fecundidad. Más bien, evaluamos dos proyecciones de fecundidad que se han formulado recientemente para Nigeria (cuadro 8): la primera es la revisión de 1998 de las Naciones Unidas y la segunda las proyecciones de 1997 de la Comisión Nacional de Población de Lagos, Nigeria. Como es habitual, las proyecciones de las Naciones Unidas partían de tres supuestos de fecundidad en Nigeria: alta, media y baja. Las tres hipótesis difieren en los niveles de fecundidad al comienzo de los períodos de la proyección y el ritmo de descenso supuesto. De una TGF de 5,55 en 1995-2000, la variante alta de las Naciones Unidas proyecta que la TGF será de 2,6 para el año 2050, cuando todavía no se habrá alcanzado un nivel de reemplazo. La variante media, de la que suele suponer que se aproxima más a la experiencia de fecundidad de un país, predice que la fecundidad en Nigeria alcanzará el nivel de reemplazo a una TGF de 2,20 para el año 2040. De una TGF inicial de 5,00 en 1995-2000, la variante baja de la fecundidad proyecta que la fecundidad alcanzará el nivel de reemplazo a una TGF de 2,28 alrededor del año 2030 y que la fecundidad descenderá por debajo del nivel de reemplazo antes de que haya llegado la final de su curso la transición (Naciones Unidas, 1998).

Para las proyecciones de la Comisión Nacional de Población, las entradas de fecundidad se basaban en las tasas brutas de reproducción, calculadas aplicando una relación entre hombres y mujeres de 1,002 a las tasas globales de fecundidad estimadas a partir de las encuestas de calidad de 1991 (NPC, 1997). También se proyectaron tres hipótesis de fecundidad y la proyección empezaba en el período de 1990 a 1995. En la variante alta, la TGF, estimada en 5,73 para el período de 1990-1995, se proyectó para llegar a 5,45 en 1995-2000 y a un nivel de reemplazo de 2,13 después de 70 años (aproximadamente, en el año 2060). La hipótesis de la variante media predice que la TGF será 5,39 en 1995-2000 y alcanzará un nivel de reemplazo de 2,16 nacimientos por mujer después de 60 años (alrededor del año 2050). Con la proyección de la variante baja, se prevé que

Cuadro 8
Proyecciones de la fecundidad en Nigeria

Período	Naciones Unidas, 1998			Comisión Nacional de Población, 1997		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
1990-1995				5,73	5,71	5,68
1995-2000	5,55	5,15	5,00	5,45	5,39	5,29
2000-2005	5,16	4,74	4,55	5,18	5,07	4,91
2005-2010	4,76	4,34	4,09	4,91	4,74	4,52
2010-2015	4,37	3,93	3,64	4,63	4,42	4,13
2015-2020	3,98	3,52	3,19	4,35	4,09	3,74
2020-2025	3,58	3,12	2,73 (1,15)	4,07	3,77	3,35
2025-2030	3,19	2,71 (1,18)	2,28 (0,99)	3,8	3,45	2,97
2030-2035				3,52	3,13	2,54
2035-2040	2,70	2,20 (0,99)	1,71 (0,77)	3,24	2,8	2,19
2040-2045				2,97	2,48	
2045-2050	2,60 (1,20)	2,10 (0,97)	1,60 (0,74)	2,96	2,16	
2050-2055				2,41		
2055-2060				2,13		

la fecundidad llegue a un nivel de reemplazo de una TGF de 2,19 después de 50 años (alrededor del año 2040). También se hicieron proyecciones para cada estado de Nigeria.

Además de la diferencia en el período inicial de la proyección, las dos proyecciones difieren, principalmente, en su ritmo supuesto de descenso. En todas las hipótesis, las proyecciones de la Comisión Nacional de Población suponían un ritmo de descenso más lento, lo que explica por qué sus períodos horizonte para alcanzar los niveles de reemplazo se alejan más del comienzo de los períodos de la proyección que en las de las Naciones Unidas: los períodos estimados por la Comisión para que la fecundidad llegue al nivel de reemplazo llevaban un retraso de 10 años con respecto a los de las Naciones Unidas.

Estas proyecciones ofrecen escalas verosímiles de fecundidad. Con arreglo a las proyecciones de la variante media, la fecundidad en Nigeria alcanzará un nivel de reemplazo para 2040-2050²². El apoyo al continuo descenso de la fecundidad, que suponen las dos proyecciones, es sólido. Las tres condiciones previas del descenso de la fecundidad parecen haberse cumplido: las parejas están ahora familiarizadas con la anticoncepción, los métodos son “cada vez más” disponibles, y la coyuntura desfavorable de la economía, con su correspondiente aumento de los costos de la crianza de los hijos, ha facilitado la justificación de tamaños de familia más pequeños. Las mejoras futuras en la economía no es probable que inviertan la tendencia a la baja en el tamaño deseado de familia, ya que las parejas y los individuos habrán llegado a apreciar más los beneficios de las familias de tamaño reducido. La tendencia a la baja en la demanda de hijos, junto con los cambios en los determinantes sociales y próximos examinados anteriormente, continuará ejerciendo una presión descendente en la fecundidad. La proporción de parejas que desean 4 hijos o menos seguirá aumentando, como revelan nuestros datos sobre el pasado reciente.

Nos identificamos más con la proyección de la variante media de la Comisión Nacional de Población por parecernos más realista, en particular por su ritmo más lento de descenso. No obstante, no es realista suponer que la fecundidad descenderá en una proporción constante de un nacimiento por período de proyección en cada nivel de fecundidad. Habida cuenta del valor cultural que se atribuye a la procreación, puede ser más difícil que se registren nuevos descensos cuando la TGF llegue a 3 que ahora, a menos que se establezcan programas que consigan que se dé más importancia a la libertad y la satisfacción personales que a la supervivencia del grupo. Además, el grado de disparidad socioeconómica entre las distintas regiones no apoya la hipótesis de que la fecundidad llegará a niveles de reemplazo al mismo tiempo en todas las regiones.

Pero, ¿podemos suponer que la fecundidad general de Nigeria descenderá con tanta rapidez como indican las proyecciones, en vista del ambiente político y sociocultural en el que se espera que se produzcan estos descensos? Si bien es verdad que la posibilidad de llegar finalmente a un nivel de reemplazo no se puede descartar, es sumamente improbable que Nigeria alcance una fecundidad de reemplazo para las fechas sugeridas por las dos proyecciones. Es más realista pensar en una tasa global de fecundidad para todo el país entre 2,6 y 3 para el año 2050, por las razones que se exponen a continuación.

Las incertidumbres en torno a la supervivencia de los hijos

Las vinculaciones teóricas entre la mortalidad infantil y en la niñez y la fecundidad son bien conocidas. Al aumentar las probabilidades de supervivencia de los hijos, se espera que disminuya la propensión al “acopio” o al “reemplazo”, dos mecanismos por los se pensaba que las familias aseguraban el logro del tamaño deseado de la familia. Mientras que el efecto de acopio o seguro está condicionado por la forma en que la sociedad percibe los riesgos de mortalidad, el reemplazo refleja la respuesta de la familia a la experiencia real de la mortalidad infantil. No hay duda de que no ha sido fácil apoyar los vínculos teóricos en los análisis empíricos; no obstante, los descensos de la fecundidad que han acompañado a las reducciones de la mortalidad infantil y en la niñez en varios países han dado crédito a estas hipótesis. Además, el Grupo de trabajo sobre factores que afectan el uso de anticonceptivos en África subsahariana (1993) señaló, entre otras cosas, lo siguiente:

22 Nos identificamos más con la proyección de la variante media de la Comisión Nacional de Población por parecernos más realista, en particular por su ritmo más lento de descenso. No obstante, no es realista suponer que la fecundidad descenderá en una proporción constante de un nacimiento por período de proyección en cada nivel de fecundidad. Habida cuenta del valor cultural que se atribuye a la procreación, puede ser más difícil que se registren nuevos descensos cuando la TGF llegue a 3 que ahora, a menos que se establezcan programas que consigan que se dé más importancia a la libertad y la satisfacción personales que a la supervivencia del grupo. Además, el grado de disparidad socioeconómica entre las distintas regiones no apoya la hipótesis de que la fecundidad llegará a niveles de reemplazo al mismo tiempo en todas las regiones.

“Aunque las correlaciones positivas entre mortalidad infantil y fecundidad no prueban la existencia de una relación causal, debido a la posibilidad de una causa común, creemos que la supervivencia incierta de los hijos en África sigue siendo uno de los principales móviles de la alta fecundidad.”

No hay duda de que varios países han logrado reducciones considerables de la fecundidad sin haber conseguido mejoras de consideración en la supervivencia de los hijos. Sin embargo, en esos países las dos descendieron simultáneamente. Ahora bien, no existen pruebas de que un país haya alcanzado un nivel de reemplazo de alrededor de 2,1 nacimientos por mujer con altas tasas de mortalidad infantil. Todos los países que han alcanzado la fecundidad de reemplazo tenían bajo control los riesgos de la mortalidad infantil y los mantuvieron bajos. En esos países, las familias están convencidas de las altas probabilidades de supervivencia de sus hijos, lo que hace que la propensión a acopiar no tenga sentido.

Desgraciadamente, la situación de Nigeria es diferente. En Nigeria, algunas familias todavía están expuestas a altos riesgos de mortalidad infantil y en la niñez y los últimos datos no nos permiten abrigar esperanzas de que esta situación vaya a mejorar mucho en el futuro. Aunque las proyecciones de las Naciones Unidas indican continuos descensos de la mortalidad infantil y en la niñez, los datos de otras fuentes no respaldan este optimismo. Como se puede deducir del cuadro 9, el descenso inicial de la mortalidad infantil que parece haber comenzado en los años 60, se ha quedado estancado en niveles altos. Las estimaciones del PNUD muestran que la mortalidad de niños menores de 5 años se ha mantenido por encima de 190 por mil nacimientos desde los primeros años 90. Las estimaciones del PNUD confirman la sospecha general de que la mortalidad en la niñez ha aumentado en Nigeria. Mientras que el descenso registrado entre los años 60 y 80 puede haber dado lugar a una reducción del volumen de acopio que las familias consideraban necesario para asegurar su tamaño deseado de familia, la falta de nuevos descensos puede impedir que se produzcan nuevas reducciones del volumen de acopio y, por consiguiente, de la fecundidad. Los altos riesgos de mortalidad en la niñez provocan el temor de la extinción, que se compensa al tener numerosos hijos. Mientras las familias no vean grandes posibilidades de supervivencia de su descendencia, continuarán teniendo un exceso de hijos, con el consiguiente retraso del proceso del logro del nivel de reemplazo.

Cuadro 9
Medidas de mortalidad en Nigeria

Período abarcado	Tasa bruta de mortalidad	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad en la niñez	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	Fuente
1965-1966	26,9	178			Oficina Federal de Estadística, Lagos, Encuesta demográfica rural nacional, 1965-1966
1965-1969		109,7	202,2		Oficina Nacional de Población, Lagos, Estudio sobre la fecundidad de Nigeria, 1981-1982
1970-1974		96,6	178,7		Oficina Nacional de Población, Lagos, Estudio sobre la fecundidad de Nigeria, 1981-1982
1975-1979		84,8	144,5		Oficina Nacional de Población, Lagos, Estudio sobre la fecundidad de Nigeria, 1981-1982
1986-1990		87,2	115,2	192,4	Oficina Federal de Estadística, Lagos e IRD/Macro International Encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1990
1990-1995		86		147	Naciones Unidas, World Population Prospects, 1998
1994		82		191 ^a	PNUD, Human Development Report, 1997
1996		114		191	PNUD, Human Development Report, 1998
1995-1999		75,2	70,3	140,2	Comisión Nacional de Población, Lagos, Encuesta demográfica y de salud de Nigeria, 1999

^a Desde 1995.

No está claro cuánto se puede esperar que mejore la supervivencia infantil en los próximos años. Mucho depende de las políticas de salud pública. Con la contracción de las fuentes externas de fondos, el gobierno tiene que aumentar el porcentaje de su gasto en salud.

La epidemia del VIH/SIDA

La emergencia del VIH/SIDA ha añadido una nueva dimensión a la ecuación. Todavía no se sabe qué efecto tendrá la enfermedad en la fecundidad. Las pruebas iniciales de Uganda sugieren que la infección puede conducir a una reducción de la fecundidad debido a su efecto en las mujeres en edad de procrear (Ntozi y colaboradores, 2001). Se alega que la mortalidad y la enfermedad relacionadas con el VIH/SIDA entre las mujeres pueden provocar un descenso de las tasas de natalidad. También se ha sugerido que la creciente mortalidad de adultos y niños por causas que se pueden atribuir al SIDA en algunos países de África subsahariana, podría hacer a las parejas más conscientes de la necesidad de limitar el número de sus hijos. En un estudio cualitativo en el que tomaron parte hombres y mujeres de Zimbabwe, “la mayor parte de los entrevistados dijeron que tendrían menos hijos como resultado de lo que consideraban un aumento de la mortalidad infantil” (Grieser y colaboradores, 2001, pág. 225). Muchos de los entrevistados afirmaron también que deseaban limitar su procreación, a causa del temor por su propia mortalidad y su efecto en los hijos. Por otra parte, también se puede afirmar que el temor a morir del SIDA o de perder un hijo por causa de la enfermedad puede dar lugar a un aumento de la fecundidad, al menos a corto plazo.

Por tanto, los jóvenes que creen que pueden contraer el VIH o morir del SIDA pueden decidir casarse pronto y tener hijos lo antes posible. En segundo lugar, las parejas que temen poder perder algunos de sus hijos a causa del SIDA, tal vez decidan tener más hijos como estrategia de seguro, en caso de que alguno de ellos muera. Según el estudio de Zimbabwe a que hemos hecho alusión, esta posibilidad también fue expresada por los entrevistados. El estudio reveló asimismo que en Zimbabwe y Uganda algunas personas pueden optar por tener más hijos para comprobar su estado respecto al VIH (Ankrah, 1991). Aunque todavía relativamente baja en comparación con la situación en algunos países de África subsahariana, la prevalencia del VIH en Nigeria parece ir en aumento. Un examen reciente de las estimaciones de la prevalencia del VIH en Nigeria (Panchaud y colaboradores, 2000) indicaba que la prevalencia nacional aumentó del 1,4% en 1991-1992 al 3,8% en 1993-1994, el 4,5% en 1995-1996 y el 5,4% en 1999. Aunque no es fácil conseguir los datos, tanto el número de muertes por el SIDA como el número de huérfanos por esta misma causa tienen que haber estado aumentando constantemente desde principios de 1990 y se prevé que esta tendencia continúe, al menos en el futuro previsible. Si bien más remota que la otra posibilidad, el hecho de que tanto la fecundidad como la expectativa de que sobreviva al menos un hijo siguen siendo altas en el país, puede provocar un estancamiento o retraso del proceso de descenso.

Apoyo insuficiente del gobierno al programa de la familia

No hay ninguna duda de que la magnitud del descenso de la fecundidad en el futuro depende del incremento del uso de anticonceptivos²³. En casi todos los países en los que se han registrado reducciones importantes de la fecundidad (o han llegado a niveles de reemplazo), el gobierno ha demostrado un firme apoyo a los programas de control de la natalidad. Desdichadamente, lo mismo no se puede decir de Nigeria en la actualidad. Los servicios de planificación de la familia en Nigeria han dependido en alto grado de los donantes. La participación del gobierno se ha limitado a proporcionar puntos de distribución y personal técnico (Feyisetan, 1998). La situación se agrava por el hecho de que las agencias no gubernamentales que intervienen en la prestación de servicios de planificación de la familia también dependen mucho de la financiación externa, con el resultado de que sus sectores de operación pueden estar influidos hasta cierto punto por los intereses de las agencias donantes.

23 Una vez más, es preciso subrayar que la norma actual de uso de la anticoncepción como sustituto de los métodos tradicionales de espaciamiento de los nacimientos en los países africanos (Bledsoe y colaboradores, 1998) debe cambiar. La anticoncepción se debe usar más para limitar que para espaciar los nacimientos.

Un programa nacional no puede estar sostenido mucho tiempo por el apoyo externo. A menos que se adopten medidas radicales para procurar fondos internamente, en particular cuando disminuye el apoyo externo, puede ser difícil mantener el impulso actual en la prestación de servicios de planificación de la familia. En la actual coyuntura económica desfavorable, es dudoso que el gobierno asigne recursos suficientes para mantener el ritmo actual de actividades. Por desgracia, la creciente participación del sector privado está también en entredicho, ya que la prestación de servicios de planificación de la familia y productos básicos puede no generar una rentabilidad rápida de la inversión, a menos que se comercialice. Y como ha señalado Orubuloye (1998), el uso de la planificación de la familia puede estar restringido en el futuro, no por falta de aceptación, sino más bien, por la imposibilidad de costearse los servicios. Por tanto, es contraproducente elevar considerablemente el costo de los productos en este momento. Para mantener el actual nivel de uso, por no decir aumentarlo, los servicios se deben poner al alcance de todos a un costo asequible. Con la participación del sector privado en duda y la retirada (o insuficiencia) de la financiación externa inevitable, el ritmo de aumento del uso de anticonceptivos puede disminuir y su efecto de inhibidor de la fecundidad reducirse más de lo que se había previsto en las proyecciones actuales. La falta de apoyo concreto y focalizado del gobierno a la planificación de la familia puede ser una razón importante del fracaso de la política nacional de población publicada en 1988 en conseguir la mayor parte de sus metas. Por ejemplo, la política preveía “extender la cobertura del servicio de planificación de la familia al 50% de las mujeres en edad de procrear para 1995 y al 80% para el año 2000” (República Federal de Nigeria, 1988, pág. 15). No hay duda de que un aumento acelerado del uso de anticonceptivos puede acelerar el ritmo del descenso de la fecundidad. Como se desprende de los cuadros 5 y 6, existe una demanda latente de anticonceptivos y esta demanda va en aumento. Ahora bien, como también se desprende del cuadro 6, la creciente brecha entre la tasa global de fecundidad y la tasa global de fecundidad deseada también indica que las mujeres pueden estar teniendo cada vez más dificultades en dar cumplimiento a su deseo de tener menos hijos. Esto debería inducir al gobierno a desempeñar un papel más activo en el apoyo y financiamiento de la planificación de la familia.

Las disparidades regionales en el descenso de la fecundidad

El descenso de la fecundidad que se observa actualmente en todo el país refleja sobre todo el descenso en el sur, en particular el suroeste. En el norte el cambio ha sido muy escaso. El norte todavía se sigue caracterizando por un alto número de mujeres que hacen la transición a paridades más altas (Makinwa-Adebusoye y Feyisetan, obra citada). Para poder alcanzar un nivel de reemplazo para las fechas fijadas, las proyecciones de la Comisión Nacional de Población suponen un ritmo de descenso más rápido en el norte. Esta hipótesis no tiene mucho apoyo, ya que, de momento, en la región no se dan las condiciones necesarias para un descenso rápido de la fecundidad: la educación de la mujer, el uso de anticonceptivos y la situación de la mujer (en particular en lo que se refiere a las decisiones sobre la procreación) son generalmente bajas.

Habida cuenta de que más de la mitad de las mujeres en edad de procrear reside en el norte, los nuevos descensos en el sur (en particular en el suroeste, donde reside menos de la cuarta parte de las mujeres), sin descensos acelerados en el norte, al cabo del tiempo tendrán escaso efecto en la fecundidad general. El nivel general de fecundidad mostrará una marcada reducción sólo cuando la fecundidad disminuya considerablemente entre una mayoría de la población. Se deben diseñar programas para crear un ambiente propicio al descenso de la fecundidad, en particular en el norte. Se debe prestar especial atención a la educación de las niñas y se deben diseñar programas para alentar a las mujeres jóvenes a retrasar el matrimonio y a usar anticonceptivos. Las actuales disparidades regionales en el descenso de la fecundidad no se pueden sostener por mucho tiempo, por las razones que expondremos a continuación.

El temor al dominio por un grupo étnico/los arreglos políticos

A diferencia de algunos países desarrollados, Nigeria está integrada por grupos étnicos que han luchado entre sí durante años por el control del poder central. Con poblaciones que se sienten íntimamente identificadas con sus grupos étnicos y con un retorno a las políticas de partido, la fuerza numérica tiene un papel esencial a la hora de decidir qué grupo controla el poder central. Como se ha indicado anteriormente, el descenso de la fecundidad observado a escala nacional es el resultado, principalmente, del descenso registrado en el sur, en particular el suroeste. Muy pronto, los políticos se percatan del efecto que las diferencias regionales de fecundidad tienen en la población de su región y de las consecuencias para sus posibilidades de acceder al poder central. A menos que la reducción de la fecundidad adopte un ritmo más rápido en otras regiones del país y que haya un cambio de orientación o una reestructuración que engendre una mentalidad nacional en vez de seccional, los políticos, en particular los del sur, pueden formular políticas que reduzcan el costo de la procreación, con el fin de frenar el descenso de la fecundidad.

El posible efecto de la política en el ritmo del descenso se intensifica por determinadas medidas económicas. Actualmente, el factor población representa un componente importante de la fórmula para la asignación de recursos a los estados y por consecuencia, a las regiones. La cantidad de los recursos nacionales a que es acreedora cada región a través de los gobiernos estatales y locales depende en parte de su volumen de población. Como importantes determinantes del crecimiento de población, los nuevos descensos de la fecundidad pueden quedar frustrados por las políticas de los gobiernos regionales para asegurar que las poblaciones de sus regiones estén en situación favorable con respecto a las demás.

CONCLUSIÓN

Afirmar que se ha producido un inicio de transición de fecundidad sostenida en un país como Nigeria, donde no existen múltiples encuestas nacionales comparables, es probable que suscite intenso debate. Además, esa afirmación es probable que sea descartada por varios investigadores porque el descenso de la fecundidad general refleja, principalmente, la experiencia de tan sólo una sección del país. Sin embargo, nosotros sostenemos que, como en otras sociedades que han atravesado una transición de fecundidad, la situación de Nigeria no es única. La transición de la fecundidad siempre ha comenzado en algunos sectores de la población, de los que se propagó a otras. Por tanto, se puede decir que las mujeres del sur, en particular las del suroeste, son innovadoras demográficas. Es de esperar que la actual transición que ha comenzado, en particular en el suroeste, se propague a otras partes del país para acelerar el ritmo del descenso.

En el presente documento hemos demostrado que la fecundidad deseada ha ido descendiendo a lo largo del tiempo. En el suroeste, donde existen múltiples encuestas comparables, se ha observado un descenso sistemático del tamaño deseado de la familia. El descenso del tamaño deseado de la familia (que parecía ser una respuesta a la coyuntura económica desfavorable de finales del decenio de 1980) ha sido una importante fuerza en la transición de fecundidad actualmente en curso. Otros factores relacionados con el descenso de la fecundidad son el creciente uso de anticonceptivos, las nuevas modalidades de nupcialidad, en particular en la proporción de mujeres casadas antes de cumplir los 20 años, y el grado más alto de instrucción de la mujer. Se espera que los descensos adicionales del tamaño deseado de la familia, junto con el recurso más frecuente a la anticoncepción para limitar la fecundidad, no para sustituir a los métodos tradicionales de espaciamiento de los nacimientos; los aumentos en la edad al contraer matrimonio y la instrucción de la mujer, den lugar a nuevos descensos de la fecundidad.

La ocurrencia de nuevos descensos de fecundidad no está en duda y tampoco se puede descartar la posibilidad de que la fecundidad en Nigeria llegue a un nivel de reemplazo. No obstante, el ritmo del descenso que dan a entender las proyecciones parece

ser demasiado rápido y, por tanto, poco realista, habida cuenta del ambiente político y socioeconómico en el que se espera que se produzcan los nuevos cambios de fecundidad. Hemos señalado cinco cuestiones que pueden retrasar el ritmo del descenso o incluso hacer que el descenso quede estancado antes de que se alcance el nivel de reemplazo. Es preciso abordar estas cuestiones si se esperan descensos de importancia en el futuro. Dado el ambiente político y socioeconómico actual, no parece que se pueda llegar al nivel de reemplazo en los próximos 45 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Bankole, Akinrinola, y Olajire A. Bamisaye (1985). The Impact of Petroleum Production on the Political Economy of Food in Nigeria Since Independence. *AMAN*, vol. 4, No. 2, págs. 125 a 132.
- Bledsoe, C.H., F. Banja y A. G. Hill (1998). Fallas reproductivas y la anticoncepción occidental: Un reto africano a la teoría de la fecundidad. *Population and Development Review*, vol. 24, No. 1, pág. 15 a 57.
- Bongaarts, John (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, vol. 4, No. 1, págs. 105 a 132 .
- Bongaarts, John (1992). Do reproductive intentions matter? *International Family Planning Perspective*, vol. 18, No. 3, págs. 102 a 108.
- Caldwell, John C., I.O. Orubuloye y Pat Caldwell (1992). Fertility decline in Africa: A new type of transition? *Population and Development Review*, vol. 18, No. 2, págs. 211 a 242.
- Cohen, Barney (1998). The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa. *World Development*, vol. 26, No. 8, págs. 1431 a 1461.
- Comisión Nacional de Población [Nigeria] (2000). *Encuesta demográfica y de salud de Nigeria 1999*. Calverton, Maryland: Comisión Nacional de Población y ORC/ Macro.
- Diamond, Ian, Margaret Newby y Sarah Varle (1999). Female education and fertility: Examining the links, en *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline Bledsoe, John B. Casterline, Jennifer A. Johnson-Kuhn y John G. Haaga, comps. Washington, DC.: National Academy Press.
- Feyisetan, Bamikale J. (1998). Spousal communication, fertility desires and contraceptive use among the Yoruba of Southwestern Nigeria (de próxima aparición).
- Feyisetan, Bamikale, A. K. Oyediran y G.P. Ishola (1998). The Role of Men in Family Planning in Nigeria. Informe presentado al Population Research Fund, NISER, Ibadan, Nigeria.
- Feyisetan, Bamikale J. (1990). Postpartum sexual abstinence, breastfeeding and childspacing among the Yoruba women in Nigeria. *Social Biology*, vol. 37, Nos. 1 y 2, págs. 110 a 127.
- Feyisetan, Bamikale y Anne Pebley (1989). Premarital sexuality in urban Nigeria. *Studies in Family Planning*, vol. 20, No. 6, págs. 343 a 354.
- Feyisetan, Bamikale y O. Togunde (1988). Indices of women's status and fertility in Nigeria. *Genus*, XLIV, Nos. 1 y 2, págs. 229 a 247.
- Grieser, Mira y otros (2001). Reproductive Decision Making and the HIV/AIDS Epidemic in Zimbabwe. *Journal of African Studies*, vol. 27, No. 2, págs. 225 a 243.
- Grupo de trabajo sobre factores que afectan el uso de anticonceptivos (1993). *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press.
- Henshaw, Stanley K., Susheela Singh, Boniface A. Oyediran, Isaac F. Adewole, Ngozi Iwere e Ivette P. Cuca (1998). The incidence of induced abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, No. 4 (diciembre), págs. 156 a 164.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.
- Kirk, Dudley, y Bernard Piller (1998). Fertility in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning*, vol. 29, No. 1, págs. 1 a 22.
- Lesetedi, L. T., G. D. Mompoti, P. Khulumani, G. N. Lesetedi y N. Rutenberg (1989). *Botswana Family Health Survey II, 1988*. Oficina Central de Estadística, Ministerio de Hacienda y Planificación para el Desarrollo y División de Salud de la Familia, Ministerio de Salud, Gaborone, Botswana y IRD/Westinghouse, Columbia, MD.

- Makinwa-Adebusoye, Paulina K., y Bamikale J. Feyisetan (1994). The quantum and tempo of fertility in Nigeria. En Macro International Inc. Fertility Trends and Determinants in Six African Countries, DHS Regional Analysis Workshop for Anglophone Africa, págs. 41 a 86.
- Meekers, D. (1992). The process of marriage in African societies: A multiple indicator approach. Naciones Unidas (1998). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.00.XIII.9).
- Ntozi, James P. M., y Fred Ahimbisibwe (2001). Prospects for fertility decline in the face of HIV/AIDS in Uganda. Documento presentado en el seminario de la Secretaría de las Naciones Unidas sobre Perspectivas del descenso de la fecundidad en los países en que ésta es alta, Nueva York, 9 a 11 de julio.
- Oficina Federal de Estadística, Lagos (1968). *Rural Demographic Sample Survey 1965/66*. Lagos.
- Oficina Federal de Estadística (1997). *Socio-economic Profile of Nigeria*, Lagos.
- Oficina Federal de Estadística, Lagos y IRD/Macro International Inc. (1992). *Encuesta demográfica y de salud de Nigeria 1990*. Columbia, MD.
- Oficina Nacional de Población, Lagos y Estudio Mundial sobre la Fecundidad/Instituto Internacional de Estadística (1984). The Nigeria Fertility Survey, 1981/82: Principal Report, Vol. 1, Methodology and Findings.
- Orubuloye, I. O. (1998). Fertility transition in southwest Nigeria in the era of structural adjustment. Documento presentado en el seminario de la UIECP sobre Cambio reproductivo en África subsahariana, África, Nairobi, Kenya, 2 a 4 de noviembre.
- Panchaud, Christine y otros (2001). Issues in measuring HIV prevalence. The case of Nigeria. (Presentado para publicación).
- Population and Development Review*, vol. 18, No. 1, págs. 61 a 78.
- Programa nacional de control del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, Departamento de Salud Pública, Ministerio Federal de Salud (2001). *HIV/AIDS in Nigeria: 2001*.
- República Federal de Nigeria (1988). *National Policy on Population for Development, Unity, Progress and Self-reliance*. Lagos, Nigeria: Ministerio Federal de Salud.
- Ross, J. A., y E. Frankenberg (1993). *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. Nueva York: The Population Council.
- Sathar, Zeba A., y John B. Casterline (1998). The Onset of Fertility Transition in Pakistan. Policy Research Division Working Paper 112. Population Council.
- Westoff, C. F. (1990). Reproductive intentions and fertility rates. *International Family Planning Perspectives*, vol. 16, No. 3, págs. 84 a 96.
- Wolfgang, Lutz (1996). The Future Population of the World: What Can We Assume Today? Preámbulo a la Segunda Parte, pág. 45.

El descenso de la fecundidad en Filipinas: situación actual, perspectivas futuras

Marilou Palabrica-Costello* y John B. Casterline**

Los demógrafos han estado vigilando la tendencia de la fecundidad en Filipinas desde los años 60. La primera encuesta nacional que incluía medidas detalladas de comportamientos reproductivos y deseo de hijos fue la encuesta demográfica nacional de 1968. Casi simultáneamente, y no por coincidencia, la reducción de la tasa de crecimiento de población se articuló como política nacional, a la que siguió, poco después, la prestación de servicios de planificación de la familia a través de centros del gobierno, a partir de comienzos del decenio de 1970. Se llevaron a cabo sucesivas encuestas demográficas nacionales con intervalos de 5 años, desde la encuesta demográfica nacional de 1968, seguida de la de 1973, hasta la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998, siete encuestas en total. Pocos países de cualquier región del mundo, desarrollado o en desarrollo, han mantenido medidas periódicas y completas del comportamiento reproductivo y sus componentes durante un período de tiempo tan prolongado. La trayectoria del descenso de la fecundidad se entiende mejor, y con más precisión, en las Filipinas que en la mayor parte de los países.

La plétora de datos demográficos no ha puesto fin a los debates entablados en torno a los niveles y las tendencias de la fecundidad en Filipinas. En los primeros años, los datos demográficos ofrecían algunas indicaciones de que el país podría seguir el rápido camino de la fecundidad de países de Asia oriental como Corea y Taiwán: las estimaciones de fecundidad derivadas de la encuesta nacional de 1978 mostraban que el descenso de la fecundidad se había acelerado en el decenio de 1970, al unísono con la mayor disponibilidad de los servicios de planificación de la familia en la primera mitad del decenio. Pero encuestas posteriores revelaron que no se había mantenido un rápido ritmo de descenso. En su lugar, a breves períodos de rápido descenso siguieron trechos más largos de descensos débiles (Zabalan, 2000). El cuadro general es el de una transición de fecundidad que ha evolucionado con mucha más lentitud que en la mayor parte de los países vecinos de Asia oriental y sudoriental, y al comienzo de este decenio la tasa global de fecundidad era de alrededor de 3,5 hijos por mujer, muy distante del nivel de reemplazo. Un repaso de los tres últimos decenios revela que, cuando la política del gobierno ha incluido metas explícitas, el descenso de la fecundidad una y otra vez ha estado lejos de alcanzarlas (Zabalan, 2000). Las cuestiones afines que han suscitado un debate que ya dura dos decenios son: ¿Por qué no ha descendido con más rapidez la fecundidad en las Filipinas? ¿Qué es lo que hace a la experiencia de las Filipinas distinta de las de otros países vecinos como Indonesia, Malasia, Tailandia, Corea del Sur y Vietnam?

Estas son cuestiones retrospectivas. En el presente documento nos interesamos por el futuro: ¿Adónde se dirige la fecundidad en los próximos decenios? ¿Cuándo es probable que Filipinas alcance la fecundidad de reemplazo, si es que la puede alcanzar alguna vez? Como punto esencial para esta discusión, señalamos que las últimas proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la *Revisión del 2000* (Naciones Unidas, 2001), muestran el logro de la fecundidad de reemplazo (TGF = 2,1) para el período de 2015-2020, es decir, aproximadamente dentro de 15 años. En el presente documento nos

* Asociada al Programa, División de Programas Internacionales, Consejo de Población, Manila, Filipinas.

** Asociado superior, División de Investigaciones de Políticas, Consejo de Población, Nueva York, Estados Unidos de América. Los autores agradecen los consejos de la Dra. Zelda Zablan, del Instituto de Población de la Universidad de Filipinas.

proponemos evaluar lo razonable de esta proyección y, más concretamente, considerar qué factores (sociales, económicos, culturales, programáticos) pueden facilitar o impedir la progresión de la fecundidad de su nivel actual de más de 3 hijos por mujer a un promedio nacional de 2 hijos por mujer.

LAS TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD

La fecundidad en las Filipinas ha experimentado un continuo descenso desde los años 50 al presente. Esta trayectoria descendente se muestra en el cuadro 1, en el que se presentan las tasas globales de fecundidad basadas en las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas junto con estimaciones directas derivadas de las encuestas demográficas nacionales. Existe un acuerdo general en que la tasa global de fecundidad sobrepasó la cifra de seis nacimientos por mujer en el decenio de 1960, cayó por debajo de cinco nacimientos por mujer en el decenio de 1980 y a menos de cuatro en el de 1990. Si bien el descenso de la fecundidad ha sido monotónico (y relativamente continuo, según las Naciones Unidas, de ritmo desigual, según las estimaciones no ajustadas de la encuesta), excepto a mediados del decenio de 1980, rara vez ha sido rápido, con un promedio del 1% al 2% al año durante la mayor parte de los tres decenios transcurridos desde 1970 hasta el presente. En consecuencia, mientras la tasa global de fecundidad en las Filipinas era de más de 3,5 a mediados del decenio de 1990, en Malasia e Indonesia era, aproximadamente al mismo tiempo, de 3,2 y 2,8, respectivamente, y en Vietnam, Tailandia y Singapur, de 2,3, 2,0 y 1,7, respectivamente (Naciones Unidas, 2001).

En el cuadro 1 se demuestra claramente lo que tiene que ocurrir para que Filipinas confirme la hipótesis de las proyecciones de las Naciones Unidas: en términos porcentuales, el ritmo del descenso tiene que acelerarse en los próximos 15 años. En cambio, las estimaciones no ajustadas de la encuesta demográfica nacional si algo muestran, es una desaceleración de la tasa de descenso en términos porcentuales en el decenio de 1990 comparado con el de 1980; esta tendencia se tiene que invertir para que se confirme la proyección de las Naciones Unidas. En el resto del presente documento examinaremos si esto es plausible, a la luz de lo que sabemos del comportamiento reproductivo y sus determinantes en las Filipinas.

Cuadro 1
Tasas globales de fecundidad: tendencias y estimaciones

Naciones Unidas (2001) ^a			Encuestas demográficas nacionales		
Período	TGF	Cambio porcentual	Período	TGF	Cambio porcentual
1950-1955	7,29				
1955-1960	7,13	-2,2			
1960-1965	6,85	-3,9	1958-1962	6,49	—
1965-1970	6,50	-5,7	1963-1967	6,34	-2,3
1970-1975	6,00	-7,7	1968-1972	5,97	-5,8
1975-1980	5,50	-8,3	1973-1977	5,24	-12,2
1980-1985	4,95	-10,0	1978-1982	5,08	-3,0
1985-1990	4,55	-8,1	1983-1987	4,26	-16,1
1990-1995	4,14	-9,0	1990-1992	4,09	-4,0
1995-2000	3,64	-12,1	1995-1997	3,73	-8,8
2000-2005	3,24	-11,0			
2005-2010	2,79	-13,9			
2010-2015	2,33	-16,5			
2015-2020	2,10	-9,9			
2020-2025	2,10	0,0			

Fuente: Naciones Unidas: Naciones Unidas, 2001. Encuesta demográfica nacional: de Guzmán, 1994; Banco Mundial, 1991; Oficina Nacional de Estadística y Macro Internacional, 1994 y 1999.

^a Para 2000-2020, variante media.

Un análisis más comparativo de las tasas globales de fecundidad pone de relieve la dificultad de lograr la fecundidad de reemplazo en 15 años. La encuesta demográfica y de salud de Indonesia de 1997 arroja una tasa global de fecundidad en las zonas urbanas de 2,4, es decir, no muy por encima del nivel de reemplazo. En cambio, la encuesta demográfica y de salud nacional de Filipinas muestra una tasa global de fecundidad urbana de 3,0, lo que, es cierto, que supone un descenso de medio nacimiento desde las estimaciones de 1993, pero todavía casi un nacimiento por encima del reemplazo. Es decir, incluso en el sector de población donde se podría esperar una mayor tendencia a familias pequeñas, la fecundidad se mantiene considerablemente por encima del reemplazo. La comparación de las TGF rurales revela un contraste aún más pronunciado: 3,0 en la encuesta demográfica y de salud de Indonesia de 1997, frente a 4,7 en la encuesta demográfica y de salud nacional de Filipinas de 1998. Además, la TGF rural de la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998 es tan sólo una décima de nacimiento más baja que la TGF rural de la encuesta demográfica y de salud nacional de 1993; es decir, la fecundidad rural en el decenio de 1990 parece haber estado relativamente estancada a un nivel alto. Por último, señalamos que existen considerables diferencias regionales de fecundidad. Por ejemplo, la fecundidad es más del doble de alta en las regiones de Visayas oriental y Bicol (con tasas globales de fecundidad muy por encima de cinco nacimientos por mujer) que en la zona metropolitana de Manila (con una tasa de 2,5 nacimientos por mujer); las dos primeras regiones tienen niveles relativamente bajos de desarrollo.

Antes de evaluar las perspectivas futuras, para fines de documentación, también presentamos estimaciones en el cuadro 2 de la tendencias en dos determinantes próximos de la fecundidad: la nupcialidad y la práctica anticonceptiva. Sorprendentemente, la edad al contraer el primer matrimonio apenas ha cambiado. Ése es otro aspecto en el que la experiencia de Filipinas en los últimos cuatro decenios difiere de la mayor parte de las otras sociedades asiáticas. En el decenio de 1960, la edad media al contraer el primer matrimonio era más bien tardía para las normas asiáticas. Sin embargo, debido a que se ha mantenido estable a lo largo del tiempo, la edad al primer matrimonio es ahora más baja en promedio en las Filipinas que en algunas sociedades asiáticas vecinas, en particular las del norte (China y Corea), lo que permite creer que existe cierto margen para el retraso del matrimonio durante los próximos decenios, con la consiguiente presión a la baja en la fecundidad, punto éste del que nos volveremos a ocupar más adelante. En el cuadro 2 también mostramos la tendencia en cuanto al uso de anticonceptivos entre mujeres casadas de 15 a 44 años en el período de 1968 a 1998. La principal observación es que en el transcurso de tres decenios el uso de anticonceptivos se ha triplicado, lo que se puede atribuir en su mayor parte al creciente uso de métodos modernos. Sin duda, ésta ha sido la causa primaria del descenso de la fecundidad que se ilustra en el cuadro 1. Una característica digna de mención de la práctica anticonceptiva en las Filipinas es su gran

Cuadro 2
Tendencias en la edad al contraer el primer matrimonio y en el uso de anticonceptivos, Filipinas, 1968-1998

Encuesta	Nupcialidad		Uso de anticonceptivos ^a	
	Edad media al contraer el primer matrimonio ^b	Métodos modernos	Métodos tradicionales	Total
1968 EDSN	23,4	2,9	11,5	15,4
1973 EDSN	23,8	10,7	6,7	17,4
1978 RPFS	24,5	17,2	21,3	38,5
1983 EDSN	23,3	18,9	13,1	32,0
1988 EDSN	23,8	21,6	14,5	36,1
1993 EDSN ^c	23,4	24,9	15,1	40,0
1998 EDSN ^c	23,5	28,2	18,3	46,5

Fuente: Banco Mundial, 1991; Oficina Nacional de Estadística y Macro Internacional, 1994 y 1999.

^a Mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años.

^b Edad media de la población soltera al casarse.

^c Mujeres actualmente casadas de 15 a 49 años.

dependencia en métodos tradicionales (tanto la abstinencia periódica como la retirada). En la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998, la tasa global de uso de anti-conceptivos se calculaba en un 46,5% y, aproximadamente, el 40% de esta proporción se puede atribuir al uso de métodos tradicionales.

En el resto del presente documento nos ocuparemos de las perspectivas futuras, en particular, la posibilidad de que la fecundidad baje al nivel de reemplazo (es decir, aproximadamente a un promedio de dos nacimientos por mujer) durante los próximos decenios. En primer lugar pasaremos revista a las tendencias probables en fecundidad deseada. Seguidamente, consideraremos dos factores que pudieran actuar en contra del logro de los niveles deseados de fecundidad: la fecundidad no deseada, que tendrá el efecto de aumentar la fecundidad por encima de niveles deseados, y los cambios en las modalidades de nupcialidad, que podrían tanto reducir como aumentar la fecundidad, pero que parece más probable que la reduzcan.

LA FECUNDIDAD DESEADA

Es poco probable que la fecundidad en Filipinas baje al nivel de reemplazo, a menos que la fecundidad deseada también se aproxime a dicho nivel. En esta sección, examinaremos el deseo de fecundidad promedio que revelan las encuestas nacionales realizadas en el decenio de 1990, y después consideraremos un conjunto de factores que, a nuestro juicio, son determinantes esenciales de las tendencias futuras de la fecundidad deseada.

Según la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998, la tasa de fecundidad deseada del país en general era de 2,7 hijos por mujer a mediados del decenio de 1990, más de medio hijo por encima del reemplazo. Incluso en las zonas urbanas, donde cerca de la mitad de las mujeres casadas estaba usando algún método anticonceptivo, la tasa de fecundidad deseada era ligeramente más alta (2,3) que la de reemplazo, pero algo más baja que en 1993 (2,6). La tasa entre las mujeres con estudios universitarios se calculó en 2,5 en 1998 y en 2,4 en 1993. Es decir, hasta la fecha, ni la fecundidad deseada de las mujeres de las zonas urbanas ni la de las mujeres universitarias de Filipinas ha caído al nivel de reemplazo. Para fines de comparación, la encuesta demográfica y de salud de Indonesia de 1997 muestra una tasa de fecundidad deseada de 2,0 en las zonas urbanas y de 2,2 entre las mujeres que han cursado estudios secundarios o superiores. En las zonas rurales de Filipinas, la fecundidad deseada todavía se mantiene a cierta distancia del reemplazo: la tasa de fecundidad deseada en 1998 era de 3,3, exactamente la misma que en 1993.

Pese a la persistencia a través del decenio de 1990 de tasas de fecundidad deseada muy por encima de dos nacimientos por mujer en la mayor parte de los sectores de la población, la posibilidad de que la fecundidad deseada pudiera caer al nivel de reemplazo durante los próximos dos decenios no se puede descartar automáticamente. A nuestro parecer, existen tres conjuntos de factores que ejercen un efecto crítico en las tendencias de los descensos de fecundidad. Aunque cada uno de ellos merece un análisis detallado, las limitaciones de espacio sólo permiten unas sucintas observaciones.

LA ECONOMÍA

La compleja relación entre el crecimiento de la población y el desarrollo económico ha sido analizada a conciencia por otros estudiosos (Orbeta y Pernia, 1999). Indudablemente, la relación actúa en ambas direcciones: los parámetros demográficos afectan al cambio económico y los factores económicos afectan a las tasas vitales. Lo que a nosotros nos interesa más aquí es el efecto de la economía en la fecundidad. En general, las condiciones económicas en las Filipinas se han comparado desfavorablemente con las de otros muchos países asiáticos a partir del decenio de 1970. El PIB per cápita ha estado sujeto a tasas de crecimiento bajas y a veces negativas. Las diferencias de ingreso, el desempleo y el subempleo, las disparidades de oportunidades económicas entre regiones y entre las

zonas rural y urbana han conducido a la persistencia de la pobreza generalizada. Estas condiciones económicas, a nuestro juicio, contribuyen a explicar la falta de cambio en la preferencia por un promedio de 3 hijos entre las mujeres rurales durante el decenio de 1990. Una de las hipótesis más ampliamente aceptadas respecto a la relación entre economía y fecundidad deseada es que el aumento del ingreso de la familia hace que sea más difícil permitirse tener hijos, lo que conduce a una disminución de la demanda de hijos y a una creciente demanda de hijos de “mejor calidad” —una “renuncia a la cantidad por la calidad”. En la mayor parte de los sectores de población de las Filipinas, sin embargo, el deseo de tener más de 2 hijos está relacionado con la expectativa cultural predominante de los hijos como medio de asistencia financiera. A los hijos se los valora por su ayuda en los quehaceres domésticos, su contribución al ingreso familiar (por ejemplo, con su trabajo en el campo), y como fuente de seguridad financiera de los padres en la vejez. A menos que la economía filipina ofrezca muchas más oportunidades y seguridad, prevemos que importantes segmentos de la población desearán, en promedio, más de 2 hijos en los años próximos —en este aspecto, Orbeta y Pernia (1999) llegaron a la conclusión de que una reducción del tamaño deseado de la familia puede exigir inversiones bien dirigidas en capital humano junto con un crecimiento económico generador de empleo, en particular empleo en el sector estructurado para la mujer.

Un factor económico concreto que merece especial atención es la participación de la mujer en la fuerza laboral. En general, la participación de la mujer en la fuerza laboral tiene el efecto de reducir la fecundidad deseada. En las Filipinas, el porcentaje de mujeres que trabaja, ya sea a jornada completa o parcial, es relativamente alto (aproximadamente el 37%, según la encuesta demográfica y de salud de 1998). No obstante, la mayor parte de esas mujeres trabaja en el sector no estructurado, donde la maternidad es menos incompatible con el trabajo. Además, la ayuda doméstica de bajo costo o gratuita (es decir, de allegados) se puede conseguir en un grado insólito en la sociedad filipina, lo que hace el costo de oportunidad de los hijos para la mujer comparativamente bajo. Además, dado que una fracción relativamente pequeña de mujeres trabaja en el sector estructurado, la participación en la fuerza laboral no tiene el efecto potenciador (con respecto a las decisiones en materia de reproducción y afines) que se podría esperar. De aquí que la participación de la mujer en la fuerza laboral en las Filipinas no haya tenido el efecto general en los deseos de fecundidad que las tasas de empleo relativamente altas podrían llevar a esperar.

CULTURA, VALORES E IDEAS

Una gran mayoría de la población filipina profesa la fe católica. También hay una minoría musulmana considerable en el sur del país. Una frecuente explicación de la lentitud con la que desciende la fecundidad en las Filipinas en comparación con otros países asiáticos es la supuesta postura pro natalidad de estas dos religiones. A nuestro entender, la religión no ejerce una fuerte influencia directa en los deseos de fecundidad, pero es un factor importante que influye en la política y los programas de población. La oposición de la iglesia a la anticoncepción ha sido un importante factor que ha impedido al gobierno tanto nacional como local, asignar fondos a programas de población. Esto, a su vez, fomenta un clima social que impide que prospere una norma explícita de 2 hijos. Además, en la sociedad filipina el sentir general se opone a la idea de tener un hijo único, porque la mayor parte de los padres creen que no es saludable criarse solo, sin hermanos. Los recién casados o las parejas que no tienen hijos suelen ser objeto de curiosidad y bromas; se supone que algo no funciona en la relación si el matrimonio no produce descendencia. No hay una preferencia por hijos o hijas, sino más bien una marcada preferencia por tener un hijo y una hija, resultado que muchas parejas no consiguen si sólo tienen 2 hijos. Todos estos factores culturales que van en contra del descenso de la fecundidad deseada tendrán que atenuarse o desaparecer para que la norma de 2 hijos pueda arraigar en los próximos decenios.

Tal vez más importante en el momento actual es el hecho de que no existe una convicción generalizada de que limitar la procreación a 2 hijos (o menos) sea un requisito previo para satisfacer una serie de necesidades familiares (financieras o de otra índole) y realizarse a sí mismo. Esta convicción, que sospechamos es esencial para que caigan los deseos de fecundidad al nivel de reemplazo, se puede encontrar entre la población urbana y la más instruida, pero incluso en esos subgrupos observamos un compromiso tenue a este criterio. Y es obvio que éste no es el sentir predominante respecto a la procreación en la mayor parte de los subgrupos de la población filipina.

Los factores institucionales y los instrumentos de política

La política general del gobierno de Filipinas es que las parejas deben decidir, de manera responsable, el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos. Lo que no existen son instituciones que alienten a las parejas a desear tener sólo 2 hijos. De momento, en las Filipinas existen pocos elementos que puedan disuadir a las parejas de tener hijos y muchos de ellos son bastante débiles y apenas hacen mella en las parejas. Dos que se podrían mencionar son el aumento a 21 años de la edad al contraer matrimonio sin la aprobación de los padres y la falta de exenciones tributarias por hijos a partir del cuarto. De hecho, existen políticas que ofrecen incentivos a las familias numerosas, como las prestaciones por maternidad y paternidad para quienes trabajan en el sector estructurado, la educación elemental y secundaria gratuita y los programas de reforma agraria y de vivienda. También se puede considerar pro natalidad, por sus efectos, la falta de una política de seguro de enfermedad nacional completo y de cobertura de seguridad social. En resumen, algunos elementos esenciales del entorno institucional actual no son propicios a las normas de la familia pequeña.

Este repaso de algunos factores que influyen en los deseos de fecundidad demuestra claramente que muchas fuerzas de la sociedad filipina apoyan el deseo de 3 (o más) hijos. Si bien es arriesgado afirmar con algún grado de seguridad que esos factores mantendrán sus efectos durante los dos próximos decenios, opinamos que no se deben subestimar y que un descenso de la fecundidad deseada al nivel de reemplazo es más difícil de lo que los observadores de fuera pueden suponer. Más difícil aun es un descenso de la fecundidad deseada a niveles por debajo del de reemplazo, pero ése puede muy bien ser un requisito previo al logro de tasas de fecundidad de reemplazo si persiste una considerable fecundidad no deseada, tema del que nos ocuparemos a continuación.

LA FECUNDIDAD NO DESEADA

Los datos de la encuesta sobre fecundidad no deseada muestran que la fracción de nacimientos no deseada aumentó durante el decenio de 1990 del 15,9% en 1993 al 18,2% en 1998. Según la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998, otro 27% de los nacimientos ocurridos en los 3 años previos a la encuesta se dieron erróneamente por deseados cuando ocurrieron (fueron deseados más tarde), lo que dio por resultado un total de un 45% de nacimientos no planeados. El componente clave de esta discusión es la fecundidad no deseada. Si se eliminasen estos aspectos de la reproducción y otros se mantuvieran constantes, la tasa global de fecundidad habría sido de cerca de un nacimiento menos a mediados de decenio de 1990 —aunque todavía bien por encima del reemplazo—, de 2,7 nacimientos por mujer. A menos que se elimine prácticamente este volumen considerable de fecundidad no deseada, es difícil imaginar cómo podría descender al nivel de reemplazo la fecundidad en Filipinas en el curso de los próximos decenios.

El aborto provocado es ilícito y relativamente difícil de conseguir en Filipinas, y no esperamos cambios en esta situación en el futuro previsible. Por consiguiente, los determinantes principales de la fecundidad no deseada son, en primer lugar, el uso de anticonceptivos entre quienes desean evitar el embarazo y en segundo lugar, la eficacia de ese uso de anticonceptivos.

El uso de anticonceptivos aumentó del 40% en 1993 al 46,5% en 1998 (véase el cuadro 2) y durante el mismo período, la necesidad no satisfecha se redujo del 26,2% al 19,8%. El aumento del uso se produjo tanto en las zonas urbanas como en las rurales, aunque fue más pronunciado en las zonas urbanas. Estas cifras indican que se han realizado importantes adelantos hacia la protección anticonceptiva de las parejas que no desean concebir.

No obstante, existen considerables obstáculos programáticos, sociales, culturales y económicos al uso de los anticonceptivos. En primer lugar, el programa de población de las Filipinas sigue adoleciendo de graves dificultades de inaccesibilidad de los servicios. El cambio en la administración del programa de planificación de la familia del Departamento de Salud nacional a los gobiernos locales, con arreglo a lo dispuesto por el Código de Gobierno Local de 1991, ha dado lugar a discontinuidades en el compromiso político y debilidades localizadas en el apoyo financiero y técnico del programa. Los problemas administrativos causados por la transferencia de competencias se agravan por la oposición de la Iglesia católica a la práctica anticonceptiva, a la que ya nos hemos referido. Una consecuencia de esta oposición es un déficit en la asignación de fondos por algunos funcionarios de gobiernos locales a la planificación de la familia, que se complica por la reducción del apoyo de los donantes externos. Por estos y por otros motivos, los problemas de sostenibilidad y logística continúan entorpeciendo el programa. Se habla de falta de suministros de anticonceptivos, por ejemplo en zonas remotas de Mindanao. Aunque algunos programas tales como el Philhealth Indigency Program, que están diseñados para mejorar el acceso a la planificación de la familia, se han puesto en marcha recientemente, todavía están en las fases experimentales sólo en unos pocos lugares del país. Por último, debido al prejuicio de los proveedores, los servicios anticonceptivos son prácticamente inaccesibles a los jóvenes y a los que no están casados.

Una expresión de estas deficiencias en la prestación de servicios y el suministro de anticonceptivos es que las tasas de interrupción del uso siguen siendo altas, de hecho han aumentado de 1993 a 1998. Los motivos principales de la interrupción mencionados en la encuesta demográfica y de salud nacional de 1998 son el fallo de los métodos y el temor a los efectos secundarios. De hecho, la fracción de interrupción de uso de anticonceptivos debida al fallo del método permaneció constante de 1993 a 1998, lo que se puede tomar como indicio de mayor vigilancia de la calidad de la atención prestada por los servicios de planificación de la familia. Entre las actividades realizadas en esa dirección se puede citar el reciente establecimiento del programa Sentrong Sigla (Centros de bienestar) del Departamento de Salud. No obstante, el fallo del método sigue siendo una de las causas más frecuentes de interrupción del uso y esto, a su vez, dirige la atención al problema de la baja eficacia de la anticoncepción. La práctica anticonceptiva en las Filipinas se caracteriza por una mezcla de métodos modernos y "tradicionales" (menos eficaces), en la que los métodos tradicionales constituyen una porción mucho más alta de la mezcla que la que se encuentra en la mayor parte de los países, del orden del 40%, según la encuesta demográfica y de salud de 1998 (véase el cuadro 2). Los dos métodos tradicionales principales son la abstinencia periódica y la retirada, ambos una eficacia de uso relativamente baja. El aumento del precio y el menor suministro gratis de los anticonceptivos son incentivos para seguir dependiendo en alto grado de estos dos métodos gratuitos. Un programa para introducir el método de los días fijos a la práctica de la planificación natural de la familia, que pudiera servir para mejorar su eficacia, se ha establecido recientemente con carácter experimental en algunas zonas del país. Se espera que este nuevo método tenga algún éxito. De otro modo, la dependencia considerable en la planificación de la familia sin un aumento de su eficacia, significa la persistencia de niveles relativamente altos de fecundidad no deseada y el recurso al aborto clandestino, con los consiguientes riesgos para la salud y el bienestar de la mujer.

Si el deseo de fecundidad fuera, efectivamente, a llegar al nivel de reemplazo (o incluso más bajo), las parejas de las Filipinas estarían expuestas al riesgo de embarazo no deseado durante períodos aún más prolongados que en la actualidad (siempre que la

exposición sexual no disminuya). Si bien algunos embarazos no deseados en las Filipinas terminan con el aborto deliberado, ésta sigue siendo una opción inconveniente y peligrosa para la salud de la mayor parte de las mujeres. Creemos que es sumamente improbable que el aborto provocado se convierta en un medio común de evitar los nacimientos no deseados en el futuro próximo. De aquí que la prevención de los nacimientos no deseados dependa del uso de medios eficaces de planificación de la familia por las parejas que desean evitar el embarazo. Como se ha señalado aquí brevemente, existe una serie de obstáculos —programáticos, sociales, culturales económicos— a la práctica anticonceptiva eficaz. Además, la mayor parte de estos obstáculos han sido características bien conocidas del ambiente de adopción de decisiones en las Filipinas durante decenios. Para que la fecundidad pueda descender a un nivel compatible con el logro de la fecundidad de reemplazo, tendrán que producirse cambios radicales en la práctica anticonceptiva. Y esos cambios, a su vez, dependerán de una reducción tajante de los obstáculos actuales a la práctica anticonceptiva eficaz.

LOS CAMBIOS EN LAS MODALIDADES DE NUPCIALIDAD

Los cambios en las modalidades de nupcialidad en las Filipinas durante los próximos decenios pueden ejercer una presión a favor de la reducción de la fecundidad; de hecho, si esos cambios fueran suficientemente importantes, se podría pensar que darían por resultado una fecundidad cercana a la deseada, como se ha observado en muchas sociedades de fecundidad baja. Aquí consideramos tres aspectos de la nupcialidad que reducen la exposición al riesgo de concebir: el celibato permanente, el aplazamiento de la edad al contraer el primer matrimonio, y la disolución del matrimonio y la separación temporal de los cónyuges.

La proporción de celibato permanente

Para las normas asiáticas, una proporción considerable de mujeres filipinas permanece célibe: alrededor del 6% al 8% de las mujeres que llegan al final de sus años reproductivos, según los censos de 1970 hasta ahora. Una proporción correspondiente, relativamente alta, de mujeres permanece sin hijos: alrededor del 9% al 10% (frente a un máximo del 3% al 4% en otras sociedades asiáticas). No parece probable que el celibato permanente aumente en los próximos decenios en las Filipinas. De hecho, los datos censales indican un ligero descenso en esa tendencia a partir de 1970.

La edad al contraer el primer matrimonio

La edad media al contraer el primer matrimonio en las Filipinas en la actualidad se sitúa entre la de los países del norte (China, Corea, Japón, donde la edad media es de 25 años o más) y los países del sur (Indonesia, Vietnam —donde la edad media es de 21 años o menos). Como se indica en el cuadro 2, la edad media al contraer el primer matrimonio se ha mantenido relativamente estable en Filipinas durante varios decenios. Se suele suponer que la edad al contraer el primer matrimonio es especialmente sensible a los cambios en las tasas de escolarización, pero en Filipinas, el grado de instrucción de la mujer ha sido relativamente alto durante algún tiempo y las posibilidades de que se produzca un aumento promedio considerable parecen bastante remotas. En resumen, es difícil evaluar las perspectivas de un aumento de la edad al contraer el primer matrimonio —un aumento de 2 ó 3 años respecto a las normas de Asia oriental es concebible, pero de momento no hay ninguna prueba de un cambio en esa dirección. De ocurrir ese retraso del matrimonio, parece probable que fuera acompañado de aumentos correspondientes en concepciones y nacimientos prematrimoniales que neutralizarían, al menos parcialmente, el efecto de reducción de la fecundidad del retraso del matrimonio.

La disolución del matrimonio y la separación temporal de los cónyuges

La creciente inestabilidad marital y separación de los cónyuges puede reducir la fecundidad. Los datos sobre disolución del matrimonio apuntan a un ligero aumento durante el decenio de 1990, pero la proporción sigue siendo demasiado baja para que pueda tener mucha influencia en la fecundidad. Mucho más importante, a nuestro juicio, es el efecto potencial de la separación de los cónyuges, en particular la que se debe al fenómeno de los trabajadores filipinos en el extranjero. Para dar una idea de la escala del fenómeno, según datos de las estadísticas oficiales, en el período comprendido entre abril y septiembre de 2000 había 978.000 trabajadores filipinos en el extranjero (Oficina Nacional de Estadística), de una población nacional total de, aproximadamente, 75 millones. Si bien preveamos aumentos tanto en la disolución del matrimonio como en la separación temporal de los cónyuges en los próximos decenios, no creemos que sean de suficiente magnitud para afectar de manera notable las tendencias en la fecundidad.

CONCLUSIÓN

Las predicciones de las tendencias en la fecundidad a una distancia de dos decenios — período durante el cual, según las proyecciones de las Naciones Unidas, las Filipinas alcanzará la fecundidad de reemplazo— son, por su misma naturaleza, arriesgadas. Más bien que hacer predicciones firmes, nuestro objetivo principal en el presente documento ha sido poner de relieve la brecha que existe entre la realidad actual y el régimen de fecundidad implícito en las proyecciones de las Naciones Unidas para el período 2015-2020. En resumen:

- La tasa global de fecundidad es actualmente de cerca de 1,5 nacimientos por encima del reemplazo. El ritmo de descenso durante el último decenio ha sido más lento que el previsto por las proyecciones de las Naciones Unidas para los próximos 15 años.
- La fecundidad deseada todavía se mantiene por encima del reemplazo en todos los sectores principales de la población. Más importante es que vemos pocas pruebas de una emergencia de la convicción generalizada de que restringir la procreación a 2 (o menos) hijos es esencial para el bienestar familiar y personal.
- La fecundidad no deseada es relativamente alta. El acceso insuficiente a los suministros y servicios de planificación de la familia sigue siendo un problema para gran parte de la población, que se ha exacerbado en los últimos 10 años con la transferencia de la jurisdicción sobre los servicios de planificación de la familia a las autoridades locales. Además, los filipinos prefieren métodos anticonceptivos con una eficacia de uso relativamente baja. Por último, es extremadamente improbable que el aborto provocado llegue a ser una opción fácilmente asequible a las parejas con embarazos no deseados.
- Existen algunas perspectivas de cambio en las modalidades de nupcialidad que pudieran tener el efecto de reducir la fecundidad, en particular la postergación de la edad al contraer el primer matrimonio. No obstante, los datos recientes no indican que se están produciendo estos cambios.

Todas estas consideraciones nos llevan a la conclusión de que una reducción de la fecundidad a niveles de reemplazo durante los próximos dos decenios —que, si acaso, entrañaría una aceleración del descenso de la fecundidad de los últimos dos decenios— es poco probable. Para que esto suceda, en los próximos dos decenios se tendrían que producir dos cambios esenciales en las actitudes y comportamientos reproductivos de los filipinos: primero, la emergencia de una norma firmemente arraigada de 2 hijos; y segundo el cumplimiento de las preferencias de fecundidad a través de una práctica anticonceptiva eficaz. En honor a la verdad, hemos de reconocer que otros observadores consideran más

plausible que la fecundidad pueda descender a nivel de reemplazo en las Filipinas para 2020 (Zablan, 2002).

La fecundidad de las Filipinas tiene otra característica que hemos señalado de paso y que merece mención especial cuando se consideran las perspectivas de los próximos dos decenios. La sociedad filipina es sumamente diversa y se caracteriza por grandes desigualdades regionales y socioeconómicas. Estas desigualdades, a su vez, se reflejan en considerables variaciones subnacionales de la tasa global de fecundidad y otras facetas de la reproducción (deseos de fecundidad, uso de anticonceptivos, nupcialidad) —variaciones de acuerdo con la región, tipo de lugar (urbano o rural), escolaridad, clase económica y otros factores. No prevemos que ninguno de los principales subgrupos de la población alcance la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo durante los próximos dos decenios. De esto se desprende necesariamente que el logro de la fecundidad de reemplazo en la población general sólo podrá ser realidad si las grandes diferencias que se pueden observar actualmente se reducen radicalmente o se eliminan por completo. Por supuesto, este acontecimiento no se puede descartar, pero sería muy difícil que se produjera en un período de tan sólo 15 a 20 años. Hemos mencionado, por ejemplo, que tanto la fecundidad real como la deseada son relativamente altas en las zonas rurales y que ambas se habían mantenido prácticamente estables durante el decenio de 1990. Desde entonces, la recuperación económica ha sido muy lenta y el país sigue aquejado de graves problemas económicos y sociales. La función de las disparidades económicas y sociales como generadoras de variaciones subnacionales de fecundidad se agrava por el tibio apoyo ofrecido por las autoridades locales en muchas partes del país a los intentos de mejorar los servicios de planificación de la familia. Toda evaluación de las perspectivas futuras debe tomar en consideración no sólo los promedios nacionales, sino también la heterogeneidad del comportamiento reproductivo en las Filipinas, que refleja, él mismo, el carácter sumamente diverso y a veces fragmentario de esta sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1991). *New Directions in the Philippines Family Planning Program*. Report No. 9579-PH. Washington, DC: Banco Mundial.
- De Guzmán, Eliseo A. (1994). Fertility and mortality in the Philippines: estimates from recent data. En *Population, Human Resources, and Development*, A. H. Herrin, comp. Quezon City: University of Philippines Centre of Integrative and Development Studies, págs. 191 a 278.
- Naciones Unidas (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.01.XIII.8).
- Oficina Nacional de Estadística (2000). *Survey of Overseas Filipinos (SOF)*, Manila, Filipinas: NSO. Se puede consultar en versión electrónica en <http://www.census.gov.ph/data/pressrelease/2001/of00tx.html>.
- Oficina Nacional de Estadística (NSO) [Filipinas] y Macro International Incorporated (MI) (1994). *National Demographic Survey 1993*. Maryland, EE.UU.: NSO y MI, 1994.
- Oficina Nacional de Estadística (NSO). Departamento de Salud (DOH) [Filipinas] y Macro International Incorporated (MI) (1999). *National Demographic and Health Survey 1998*. Manila, Filipinas: NSO y MI.
- Orbeta, Aniceto C., y Ernesto M. Pernia (1999). Population growth and economic development in the Philippines: what has been the experience and what must be done? *Discussion Paper Series No. 99-22*. Makati, Filipinas: Philippine Institute for Development Studies.
- Zablan, Zelda C. (2000). The longterm perspectives in Philippine fertility. Documento presentado en la Sexta Conferencia Internacional de Estudios Filipinos, Quezón, 10 de julio de 2000.
- Zablan, Zelda, C. (2002). Comunicación personal. 5 de marzo de 2002.

La transición de la fecundidad en Sudáfrica y sus consecuencias en los cuatro principales grupos de población

Leon Swartz*

INTRODUCCIÓN

Parece existir un acuerdo general en que la fecundidad en Sudáfrica empezó a descender en todos los principales grupos de población antes de la desaparición del apartheid. Se produjo a un ritmo mucho más rápido entre los blancos y asiáticos que entre la población africana y de color. El descenso de la fecundidad tuvo lugar contra el trasfondo del empobrecimiento de millones de seres humanos (en particular de mujeres africanas), flagrantes desigualdades y la inhabilitación de la mujer. Aunque Sudáfrica ha atravesado una transición política radical en el último decenio, muchas de las distorsiones y dinámicas introducidas por el apartheid continúan generando pobreza y perpetuando la desigualdad. La política sudafricana de población (Departamento de Bienestar Social, 1998) sostiene que los factores demográficos básicos de fecundidad, migración y mortalidad son parte integrante de la prevalencia de la pobreza en el país. Esos factores demográficos no se pueden considerar aislados de factores sociales como educación, desempleo, mala salud y calidad de la vivienda y su relación con la pobreza. Así, por una parte, la pobreza persiste, mientras que por la otra, desciende la fecundidad. Esta situación está en marcado contraste con la experiencia de otras partes de África subsahariana, donde la pobreza suele ir de la mano con la fecundidad alta. En este documento se examinan cuestiones relativas a la fecundidad más baja, los factores que contribuyen a ella, su efecto en los distintos grupos de población así como políticas para hacer frente a este efecto.

* Director adjunto del programa de Colaboración intergubernamental en investigaciones sobre el VIH/SIDA; Jefe de la Dirección general de población y desarrollo, Departamento de Desarrollo Social, República de Sudáfrica.

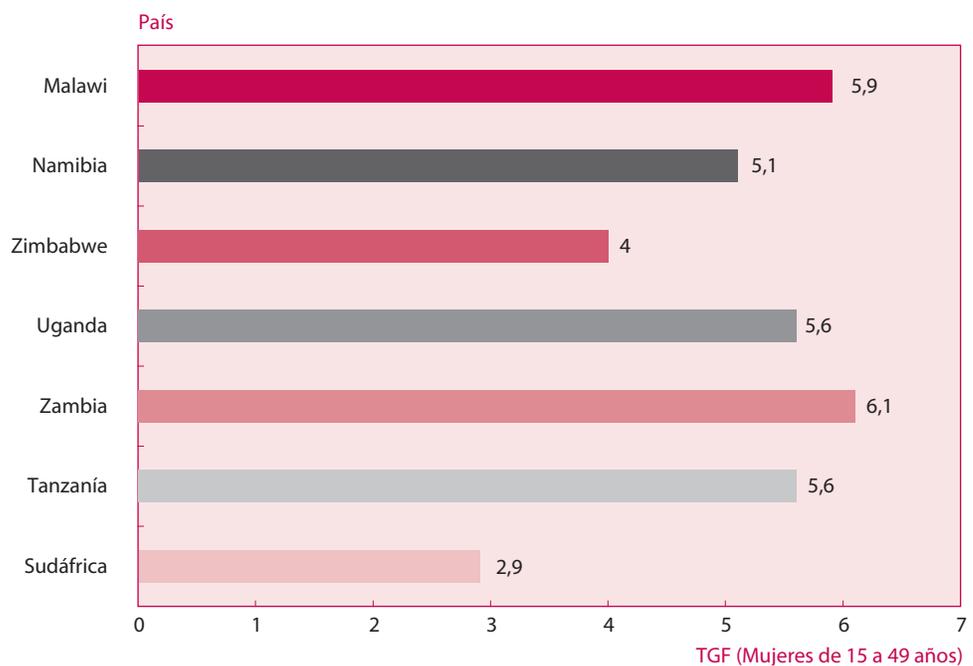
La fecundidad en Sudáfrica en comparación con África subsahariana

En el gráfico I se muestra que la tasa de fecundidad de Sudáfrica es considerablemente más baja que la de otros países de África meridional y oriental. En los años 80 y 90 se produjo un descenso continuo de la fecundidad en los países en desarrollo, en particular en las regiones de Asia y América Latina. En cambio, África y sobre todo África subsahariana, todavía van a la zaga en lo que se refiere a fecundidad. La baja fecundidad de Sudáfrica, en comparación con la de sus vecinos, tiene múltiples causas, como se explicará con más precisión más adelante.

LAS TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD EN SUDÁFRICA

La experiencia de Sudáfrica en la transición de la fecundidad es una de las más adelantadas de África subsahariana. En Sudáfrica coexisten regímenes demográficos típicos de

Gráfico I
Niveles comparativos de fecundidad en África meridional y oriental



Fuente: Population Reference Bureau, World Population Data Sheet, 2000 (Washington, PRB, 2000).

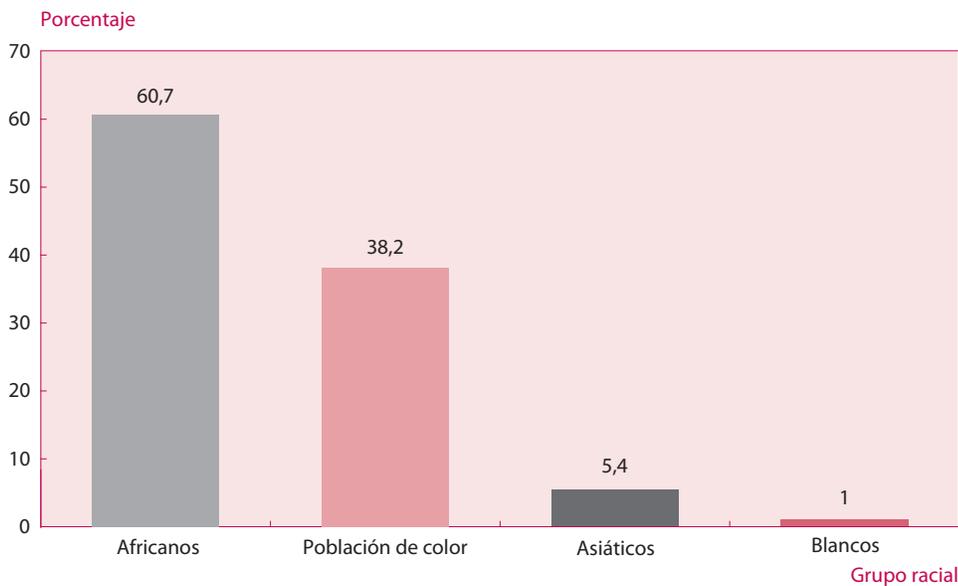
los mundos desarrollado y en desarrollo. Este hecho se suele vincular a las divisiones socioeconómicas por raza y zona urbana o rural. En Sudáfrica el nivel de vida está estrechamente relacionado con la raza. Si bien la pobreza no está limitada a ningún grupo racial determinado, se concentra en los africanos en particular. Muchas de las medidas del apartheid, en particular el amplio sistema de bienestar social del que disfrutaba la población blanca, la mejor calidad de la educación al alcance de los estudiantes blancos y la reserva de empleos en los sectores estructurado y no estructurado para trabajadores blancos, están diseñadas concretamente para impedir la pobreza de la población blanca. Como se muestra en el gráfico II, la pobreza entre los blancos es de casi cero. Por el contrario, la pobreza entre los "africanos", el grupo más desfavorecido, se sitúa en un 60,7%, frente al 38,2% y el 5,4% entre las poblaciones de color y asiática. No obstante es importante señalar que los muy escasos pobres asiáticos y blancos también parecen estar a una distancia considerable por debajo del umbral de pobreza.

El elevado porcentaje de la población africana, que alcanza la cifra de 77,2, la elevada proporción y gravedad de la pobreza que le aflige, hacen que este grupo de población dé cuenta del 95% de la brecha de pobreza, con el 5% restante repartido entre la población de color (3%), y los grupos asiático y blanco (1% cada uno), como se indica en el gráfico III.

Las diferencias de pobreza por raza también contribuyen a la distribución de la pobreza por situación geográfica, ya que los grupos raciales estaban distribuidos de manera desigual por el país. Al mismo tiempo, entre los africanos, grupo que comprende a la casi totalidad de los pobres del país, todavía perdura la norma de pobreza mucho más acusada en las zonas rurales y concentración de la pobreza en los antiguos bantustanes y en algunas de las provincias. Las tendencias de fecundidad entre los grupos de población de Sudáfrica muestran las mismas normas que la pobreza. El componente africano, el más pobre en cuanto a ingreso per cápita, tiene la tasa de fecundidad más alta, mientras que la población blanca, con el ingreso per cápita más alto, tiene la tasa de fecundidad más baja, como se explica a continuación.

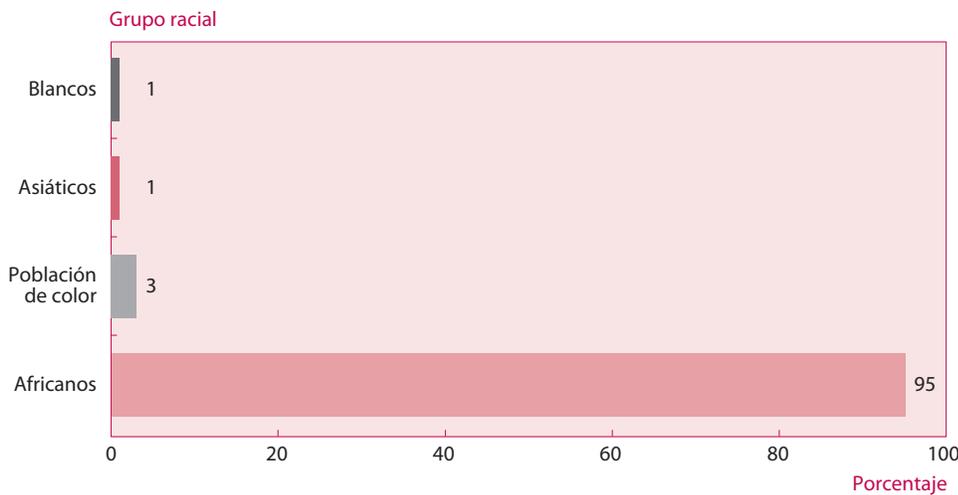
Así, entre los cuatro grupos raciales principales de Sudáfrica, se ha observado un descenso de la fecundidad ya en el decenio de 1960. En el gráfico IV se muestra que el descenso más rápido se produjo en la población de color, seguida de los africanos.

Gráfico II
Tasas de pobreza en los grupos de población



Fuente: Poverty and Inequality in South Africa (PISA). Fishwicks, Durban. 1998.

Gráfico III
La brecha de pobreza

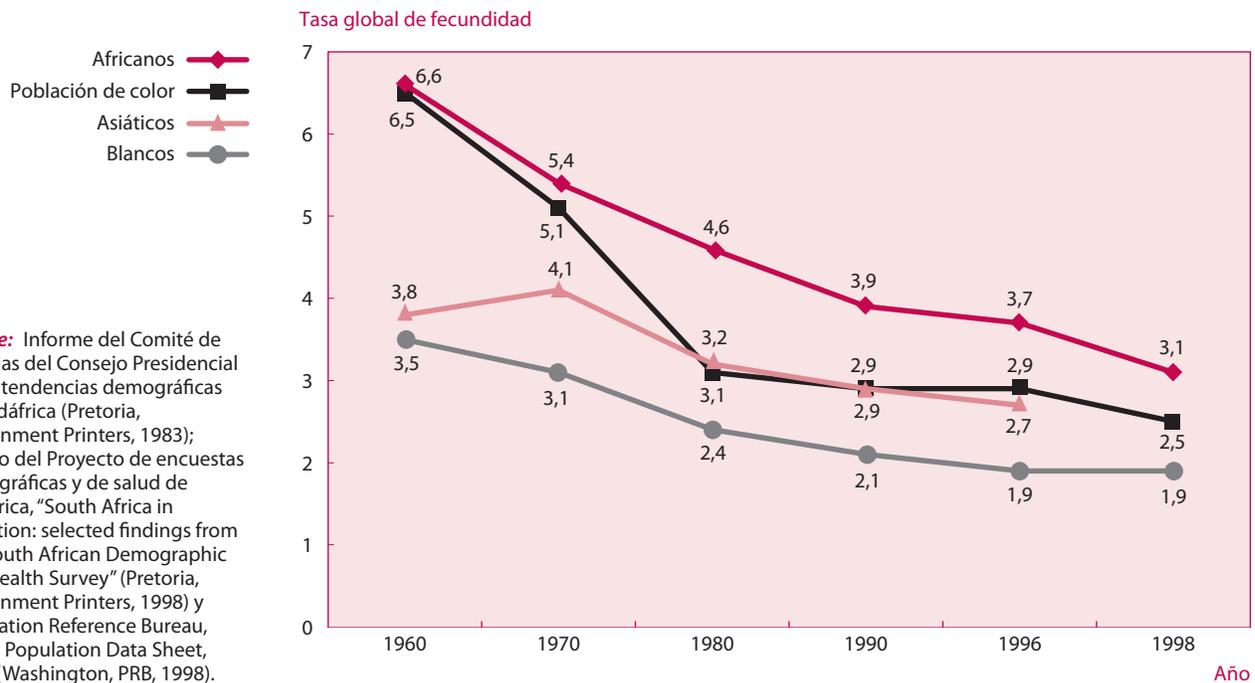


Fuente: Poverty and Inequality in South Africa (PISA). Fishwicks, Durban. 1998.

La fecundidad en Sudáfrica en general fue alta y estable entre 1950 y 1970, de un promedio de 6 a 7 hijos por mujer. Bajó a un promedio de 4 a 5 hijos por mujer en el período de 1980 a 1995 (Naciones Unidas, 95). La tasa global de fecundidad de Sudáfrica es actualmente de 2,9 (encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica, 1999).

La población blanca ha registrado un descenso de la fecundidad prolongado y sostenido desde finales del siglo XIX hasta alcanzar la fecundidad de reemplazo para 1989, con una tasa global de fecundidad de 1,9 (Chimere-Dan, O, 1993). La fecundidad asiática también descendió continuamente, de una tasa global de fecundidad de cerca de 6 en el decenio de 1950 a 2,7 a finales del de 1980. La fecundidad entre la población de color descendió con asombrosa rapidez de 6,5 a finales del decenio de 1960 a cerca de 3 para finales del decenio de 1980. La fecundidad africana se ha calculado que descendió de 6,8 a cerca de 3,9 entre mediados del decenio de 1950 y comienzos del de 1990. Aunque

Gráfico IV
Diferencias en las tasas globales de fecundidad por raza, Sudáfrica, 1960-1998



Fuente: Informe del Comité de Ciencias del Consejo Presidencial sobre tendencias demográficas en Sudáfrica (Pretoria, Government Printers, 1983); Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica, "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998) y Population Reference Bureau, World Population Data Sheet, 1998 (Washington, PRB, 1998).

sigue descendiendo, la fecundidad africana todavía es considerablemente más alta que la de los otros grupos raciales.

Las razones del descenso de la fecundidad

Sin embargo, pese a este espectacular descenso de la fecundidad, la mayor parte de la población africana, en particular las mujeres, todavía vive en la pobreza. Ahora bien, la pregunta que nos tenemos que hacer es "¿cómo se produjo la transición?"

Las políticas de población de Sudáfrica en el pasado

Para responder a esta pregunta es preciso investigar las políticas gubernamentales de población del pasado. El gobierno empezó a prestar un fuerte apoyo a la planificación de la familia en el decenio de 1960. Este apoyo estaba impulsado por el temor de que el rápido crecimiento de población diera al traste con la prosperidad y el desarrollo económico del país, pero también por la creciente inquietud de los administradores y los dirigentes políticos ante el rápido crecimiento de la población africana, que podría desbordar al número mucho más reducido de blancos. Ya en 1963, el gobierno del apartheid asignó considerables sumas al establecimiento de servicios públicos de planificación de la familia y proporcionó anticonceptivos gratuitos. En 1974, el gobierno de Sudáfrica puso en marcha el Programa nacional de planificación de la familia, que contaba con una generosa financiación.

Los resultados fueron impresionantes en África subsahariana. Para 1983, más de la mitad de las mujeres expuestas al riesgo de concebir estaban practicando la anticoncepción. Pese al objetivo de reducir el tamaño de la población africana, el gobierno estaba fomentando, al mismo tiempo, el aumento de la población blanca mediante la inmigración. Por consiguiente, el programa estuvo sujeto a fuertes presiones tanto por su orientación ideológica como por lo inadecuado de sus servicios. Para mediados del decenio de 1980, la administración del programa se había distanciado del propósito demográfico del

Programa de Población y Desarrollo. En su lugar, estaba promoviendo sus beneficios de salud y había empezado a incorporar la planificación de la familia en otros servicios de atención primaria de la salud.

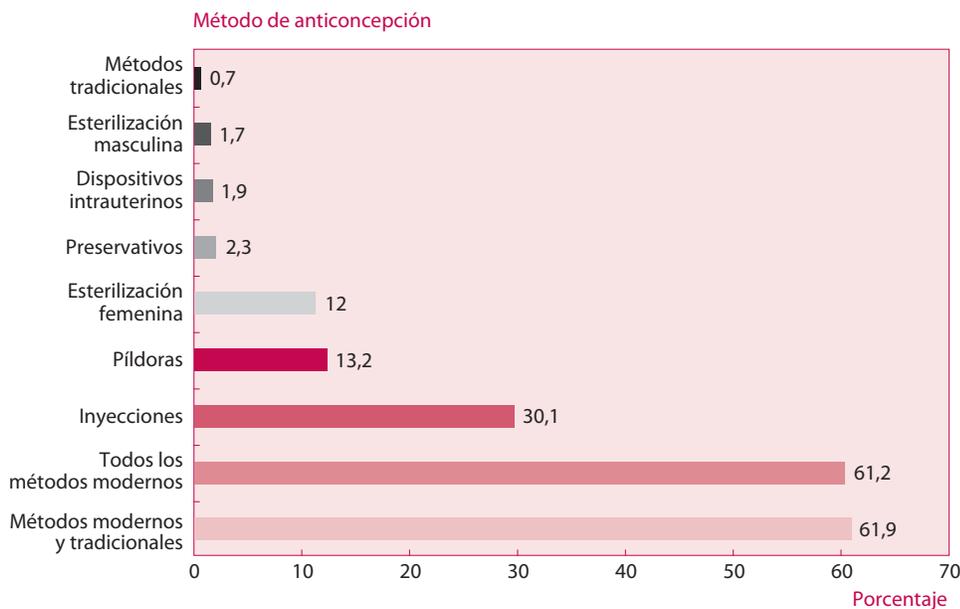
El establecimiento del Programa de Población y Desarrollo en 1984 tenía el propósito explícito de reducir la tasa nacional de crecimiento de población, porque los recursos del país (en particular los recursos hídricos) no podrían sostener la elevada tasa de crecimiento demográfico. De manera irónica, a la población africana se le negaba el acceso a tierras de labranza con suficientes recursos de agua o se la trasladaba a tierras áridas. De este modo, la población minoritaria poseía o se apropiaba sistemáticamente de la mayor parte de las tierras con buenos recursos de agua del país. El Programa de Población y Desarrollo preveía intervenciones en otros sectores que tienen un efecto en la fecundidad, a saber, la educación, la atención de la salud primaria, el desarrollo económico, el desarrollo de los recursos humanos y la vivienda. Sin embargo, no hizo nada para mejorar la situación económica de la población africana, ni se ocupó de potenciar a la mujer entre los africanos y las mujeres.

También se debe decir que, si bien no llegó a alcanzar sus objetivos originales, el programa amplió considerablemente los servicios de planificación de la familia. Para finales del decenio, cerca del 61,2% de las mujeres de 15 a 49 años (incluida cerca de la mitad de las mujeres africanas casadas) estaban usando alguna forma de anticonceptivo (véase el gráfico V).

Así, irónicamente, mientras que el programa de planificación de la familia de Sudáfrica fue concebido y llevado a la práctica por un gobierno de minoría blanca empeñado en frenar el crecimiento de la población mayoritaria africana, la población africana le opuso tenaz resistencia. No obstante, debe quedar claro que muchas mujeres africanas adoptaron la planificación de la familia pese a sus intenciones políticas.

Muchas de estas mujeres eran el único sostén de su familia y, por tanto, se veían forzadas a adoptar los anticonceptivos. Es preciso tener presente que las mujeres africanas asumieron el control de su fecundidad porque se encontraban en circunstancias cada vez más precarias. Muchos factores: culturales, políticos y sociales, se conjugaron para privar a las mujeres africanas de seguridad financiera y familiar. Estas circunstancias las obligaron a limitar el número de sus hijos y a practicar la planificación de la

Gráfico V
Uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas



Fuente: Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica. "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998).

familia, con o sin el consentimiento de su marido o pareja. El frecuente uso de anti-conceptivos inyectables indica que muchas mujeres no estaban en libertad de discutir cuestiones relativas a la procreación, en particular el uso de anticonceptivos, con su marido o pareja. Esto permite suponer que los derechos reproductivos de la mayoría de las mujeres sudafricanas todavía están lejos de ser una realidad.

Además, muchas mujeres africanas de las zonas rurales vivían separadas de su marido por largos períodos de tiempo, ya que éste servía como trabajador migrante en la ciudad. La prolongada ausencia de los hombres obligaba a las mujeres a procurarse el sustento para sí mismas y para sus hijos por sus propios medios. Muchos de estos maridos migrantes dejaban de enviar dinero a casa o ganaban demasiado poco para poderlo hacer. Eso, junto con la carencia de tierras y el desempleo del sistema de bantustanes, obligó a muchas mujeres africanas a hacer sus propias decisiones sobre procreación y mantenimiento de la familia. El programa moderno de planificación de la familia implantado por el régimen blanco del apartheid a comienzos del decenio de 1970, aseguró que pudieran satisfacer sus necesidades de control de natalidad.

La fecundidad fuera del matrimonio en Sudáfrica

El matrimonio y el uso de anticonceptivos son dos de los más poderosos determinantes de la fecundidad. En la mayor parte de las poblaciones, la fecundidad está directamente relacionada con el matrimonio; las mujeres casadas suelen tener más hijos que las mujeres de la misma edad que no están casadas. Tradicionalmente, en la mayor parte de las sociedades, no se aceptaba el que una mujer tuviera un hijo sin estar casada, por lo que las mujeres empezaban a tener hijos después del matrimonio y continuaban teniéndolos a lo largo de su vida reproductiva mientras permanecían casadas. En África, el matrimonio solía ser casi universal y la fecundidad de los matrimonios era alta, mientras que la fecundidad fuera del matrimonio era muy baja.

En Sudáfrica, el matrimonio parece haber perdido su valor como determinante de la fecundidad. Esto se puede observar, en primer lugar, en la pequeña e insignificante diferencia entre fecundidad del matrimonio y fuera del matrimonio de las mujeres africanas en Sudáfrica: en 1996, la tasa global de fecundidad media de las mujeres africanas que nunca se habían casado o que vivían en régimen de cohabitación era 3,9, mientras que la de las mujeres que estaban casadas era 4,3 (Chimere-Dan, 1999). En segundo lugar, se puede ver en la alta tasa de embarazos en la adolescencia, sobre todo entre jóvenes que no están casadas.

Aunque se ha registrado un descenso general de la fecundidad, los embarazos en la adolescencia siguen siendo motivo de grave preocupación, como se ilustra en el cuadro 1. La encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica, de 1998, reveló que el 35% de las adolescentes habían estado embarazadas o habían tenido un hijo para cuando cumplían 19 años. Esto representa un nivel muy alto de fecundidad en la adolescencia y es un grave motivo de preocupación para el gobierno, las comunidades y los investigadores. Los embarazos en la adolescencia son más frecuentes entre las jóvenes de las poblaciones africana y de color, en particular las que tienen, si acaso, una instrucción muy rudimentaria. La proporción de adolescentes que han estado embarazadas aumentó del 2,4% al 35,1% con cada año adicional de edad, como se indica en la tercera columna del cuadro 1.

La elevada tasa de embarazos en la adolescencia tiene graves consecuencias, en particular entre las poblaciones africana y de color, que son las más pobres y desfavorecidas del país. La mayoría de esos embarazos no son planeados ni deseados. El padre rara vez reconoce al niño o asume la responsabilidad de prestarle apoyo financiero, afectivo y práctico. La madre a menudo abandona los estudios, lo que pone fin a sus oportunidades de desarrollo personal y la hace vulnerable a la pobreza, a relaciones sexuales de explotación y a la violencia, así como a una baja autoestima.

Por otra parte, quedar embarazada en las comunidades africanas no significa necesariamente la pérdida de las oportunidades de educación. Cuando una estudiante queda

Cuadro 1
El embarazo y la maternidad en la adolescencia (porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o han estado embarazadas, por características generales, Sudáfrica, 1998)

Características generales	Porcentaje que	
	son madres	han estado embarazadas
Edad		
15	2,0	2,4
16	5,2	7,9
17	10,7	14,2
18	19,8	24,6
19	30,2	35,1
Residencia		
Urbana	10,5	12,5
Rural	16,3	20,9
Raza		
Africana	14,2	17,8
Africana urbana	11,6	13,7
Africana no urbana	16,4	21,1
De color	15,7	19,3
Blancos	2,2	2,2
Asiáticos	2,9	4,3
Total	13,2	16,4

Fuente: Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica, "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998).

embarazada puede verse obligada a dejar la escuela, pero con frecuencia, sólo por el resto del curso académico. Tan alto es el valor que se concede a la educación y a la capacitación recibida al terminar los estudios, que no se permite que el embarazo las ponga en peligro. El embarazo en la adolescencia, entre las poblaciones africana y de color no parece verse a través del mismo prisma negativo que entre los blancos o los asiáticos. En la mayor parte de los casos, la joven ni siquiera se casa con el padre de su primer hijo. Tanto las mujeres como los hombres africanos tienen en muy alta estima la fecundidad de la comunidad. Por ello no es de extrañar que, incluso entre las mujeres no casadas y las adolescentes, el embarazo tenga un valor positivo que no suele encontrar correspondencia en las comunidades blancas (Preston-White y otros, 1990).

No obstante, el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales motivos de preocupación en materia de población, que afecta principalmente a las comunidades de El Cabo occidental, Gauteng y Kwazulu-Natal. Este es un problema al que es preciso hacer frente con un criterio constructivo, en particular en vista de la pandemia del VIH/SIDA así como el hecho de que los derechos humanos de muchas adolescentes están siendo conculcados a través de actos de violación y abuso sexual.

Se ha dicho que una tasa de fecundidad más alta entre las madres no casadas y solteras es una respuesta lógica de las mujeres, en particular las africanas y las de color, a los opresivos sistemas económicos, sociales y culturales patriarcales que las condenan a la impotencia. Entre la población africana, y en cierto grado la de color, el matrimonio dista mucho de ser una institución social temprana y universal. Las mujeres africanas tienen tasas bajas de matrimonio en todas las edades. La elevada proporción de migración masculina de las zonas rurales a las mineras ha dado lugar a tasas más bajas de nupcialidad entre la población africana. No obstante, la maternidad es casi universal entre las mujeres africanas. En consecuencia, las familias encabezadas por una mujer son una característica común de las zonas marginadas rurales y urbanas. El peso que supone para la mujer tenerse que hacer cargo por sí sola de estos hijos es tremendo. Las consecuencias negativas de esta situación se manifiestan en embarazos no deseados, abortos, niños de la calle abandonados, niños descuidados y maltratados.

Una característica predominante, en particular en la norma de fecundidad africana en Sudáfrica, es la responsabilidad masculina de las decisiones sobre reproducción y salud así como la procreación y crianza de los hijos. Las mujeres se tienen que encargar de cuidar a los hijos y, con frecuencia, también de ganar los medios de poderlo hacer. Esta situación surgió inicialmente como resultado del sistema del trabajo migratorio en Sudáfrica; se reforzó con el establecimiento de los bantustanes sin una base económica viable y el control de la entrada a las ciudades o zonas “blancas”. Los hombres tenían que ir a trabajar para ganar dinero, mientras las mujeres se quedaba en casa, en las zonas rurales, donde tenían que cuidar a los hijos. A menudo, el padre ausente dejaba de enviar dinero a casa y la mujer tenía que encargarse de la crianza de los hijos sin el apoyo del padre. Esta situación persistió también en las ciudades africanas fuera de los bantustanes, donde las mujeres eran las principales, o las únicas, encargadas de criar a los hijos.

El matrimonio parece haber perdido su función como dominio exclusivo de la procreación socialmente legítima en Sudáfrica. La fecundidad no matrimonial general ha ido disminuyendo más que la matrimonial en Sudáfrica, tanto a escala nacional como en los principales grupos de población del país (Mencarani, 1999). Este control intensivo de la fecundidad no matrimonial parece ser la fuerza dominante de la transición de la fecundidad en Sudáfrica. El descenso de la fecundidad global no matrimonial está, probablemente, más impulsado por el uso de anticonceptivos. Además, al empeorar la situación del VIH/SIDA en el país, se puede esperar que la tendencia descendente de la fecundidad continúe a un ritmo mucho más rápido. Se prevé que el efecto del VIH/SIDA en la fecundidad se manifieste de tres maneras: al morir las mujeres en su juventud, antes de terminar su vida reproductiva, la fecundidad global descenderá; el SIDA reduce la fecundidad de las mujeres que, de otro modo, habrían tenido más hijos, y el creciente uso de los preservativos como resultado de las campañas de educación pública para la prevención de la infección por el VIH, puede redundar en un nuevo aumento del uso de anticonceptivos.

El uso de anticonceptivos

Debido al historial sudafricano de amplio acceso a los servicios de planificación de la familia y de servicios de salud bien establecidos, en comparación con la situación del resto de África subsahariana, la baja tasa de fecundidad también se puede atribuir al elevado uso de anticonceptivos. La encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica reveló que el conocimiento de al menos un método anticonceptivo era casi universal. Tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas indicaron que habían usado un método anticonceptivo en algún momento de su vida, mientras que un 61% de las mujeres sexualmente activas declararon que estaban practicando la anticoncepción (véase el gráfico V). El promedio nacional de uso actual de anticonceptivos es más alto en las zonas urbanas que en las rurales: 66% y 52,7%, respectivamente.

De los distintos métodos usados por las mujeres sexualmente activas, un 30% son anticonceptivos inyectables, un 13% es la píldora anticonceptiva y un 12% es la esterilización femenina. El uso del preservativo es muy bajo, el 2,3% (encuesta demográfica y de salud, 1999). La proporción extraordinariamente baja de uso de métodos tradicionales (0,7%) es muy importante, ya que los métodos modernos son más eficaces para impedir el embarazo. El uso de métodos modernos, que supone el 98,8% del uso actual total de anticonceptivos, es muy alto comparado con el de otros países subsaharianos. Esta alta proporción de uso de anticonceptivos modernos indica que las mujeres de Sudáfrica suelen tener buen acceso a los servicios de planificación de la familia y que, en general, confían en los métodos modernos de anticoncepción para alcanzar sus objetivos de espaciar o limitar el número de los hijos que se proponen tener.

La comparación del uso de anticonceptivos por grupo racial que se presenta en el gráfico VI muestra claramente que se produjo un aumento definitivo de uso de anticonceptivos entre todos los grupos, excepto la población blanca, que, al 80%, había alcanzado, de todos modos, el punto de saturación.

Gráfico VI
Comparación del uso de anticonceptivos por grupo racial, entre 1990 y 1998



Fuente: Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica, "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998).

Las preferencias en materia de anticonceptivos han cambiado radicalmente: algunas mujeres son más propensas a usar anticonceptivos que otras y el tipo de anticonceptivo también varía. El uso de anticonceptivos es muy alto entre las mujeres de las zonas urbanas, incluidas las mujeres africanas (véase el cuadro 2) y las mujeres con grados más altos de instrucción (véase el cuadro 3).

La elección de métodos anticonceptivos en Sudáfrica sigue la estratificación racial. La población blanca, que es la que menos usa los servicios públicos de planificación de

Cuadro 2
El uso de anticonceptivos por lugar de residencia, Sudáfrica 1998

Residencia	Todos los métodos modernos (%)
Urbana	66,0
Rural	52,7
Total	61,2

Fuente: Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica, "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998).

Cuadro 3
El uso de anticonceptivos por grado de instrucción, Sudáfrica 1998

Grado de instrucción	Todos los métodos modernos (%)
Sin ninguna instrucción	33,1
Grados 1 a 5	43,7
Grados 6 a 7	53,6
Grados 8 a 11	64,6
Grado 12	73,1
Superior	78,1
Total	61,2

Fuente: Equipo del Proyecto de encuestas demográficas y de salud de Sudáfrica, "South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey" (Pretoria, Government Printers, 1998).

la familia, puede escoger entre una amplia gama de métodos anticonceptivos. Las poblaciones africana y de color, que constituyen la mayor parte de los clientes de los servicios públicos de planificación de la familia, tienden a usar predominantemente anticonceptivos inyectables (35% y 27%, respectivamente). Esto suscita cuestiones de intercambio de información y ampliación de las opciones reproductivas así como la cuestión del control de la mujer sobre su propio cuerpo y su sexualidad.

Como se ilustra en el gráfico IV, la fecundidad africana descendió de 6,6 en 1960 a 3,1 en 1998. En comparación con la de otros países subsaharianos, esta fecundidad es excepcionalmente baja. Este descenso se puede atribuir al hecho de que las mujeres africanas asumieron el control de su fecundidad porque se encontraban en circunstancias cada vez más precarias. Muchos factores: culturales, políticos y sociales, se conjugaron para privar a las mujeres africanas de seguridad financiera y familiar. En estas circunstancias se vieron obligadas a limitar el número de sus hijos y a practicar la planificación de la familia, con o sin el consentimiento de su marido o pareja. El alto porcentaje de uso de anticonceptivos inyectables indica que muchas mujeres no estaban en libertad de discutir cuestiones relativas a la reproducción, en particular el uso de anticonceptivos, con su marido o pareja.

No obstante, el control de la fecundidad dista mucho de ser ideal en Sudáfrica, como se demuestra por el hecho de que alrededor del 50% de las mujeres actualmente casadas tienen necesidades de planificación de la familia que no son atendidas. La necesidad no atendida de planificación de la familia está inversamente relacionada con el grado de instrucción: el porcentaje de mujeres sin educación académica, que tienen necesidades no atendidas de planificación de la familia es seis veces mayor que el de las mujeres con los grados de instrucción más altos que muestran esta misma necesidad (Du Plessis, 1999). Esta situación pone de relieve una vez más que la mayoría de las mujeres de Sudáfrica todavía no ejercen un control satisfactorio sobre su reproducción. La satisfacción de la necesidad no atendida de planificación de la familia entraña no solamente un mayor acceso a servicios anticonceptivos, sino también la mejora de la condición de la mujer mediante la educación y el empleo, así como cambios en las estructuras sociales que influyen en la autonomía de la mujer.

El espaciamiento de los nacimientos y el aborto

Las mujeres sudafricanas más jóvenes prefieren espaciar el nacimiento de sus hijos, mientras que las de más edad se inclinan por limitar el número de sus hijos (Du Plessis, 1996). La tendencia general por edad revela que las mujeres más jóvenes, africanas, de color y blancas, suelen creer que los intervalos entre los nacimientos de sus hijos son demasiado cortos, mientras que las mujeres de más edad opinan que sólo algunos de los nacimientos de sus hijos están poco espaciados. Esto indica la medida en la que los embarazos no deseados e inoportunos ocurren entre las mujeres jóvenes en Sudáfrica. La diferencia entre las preferencias en materia de fecundidad declaradas y la fecundidad observada ilustra con más claridad las limitaciones a las que está sujeta la autonomía de la mujer en la adopción de decisiones respecto a la procreación. En este aspecto, la encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica reveló que en la mayoría de los casos, el número ideal de hijos que deseaba una mujer era más bajo que el de los hijos vivos que tenía. Una vez más, esto indica que existe una proporción considerable de hijos no deseados entre las mujeres sudafricanas.

El aborto se legalizó en Sudáfrica por razones socioeconómicas en 1996. Antes de la legalización del aborto, la terminación de los embarazos no deseados con frecuencia provocaba graves peligros de muerte y complicaciones derivadas de la práctica del aborto en condiciones de riesgo. Aunque el aborto es ahora legal, todavía existen obstáculos morales y religiosos en algunos sectores de nuestra sociedad que disuaden a la mujer de ejercitar este derecho. La mayor necesidad de acceso a servicios legales de aborto se encuentra entre las mujeres desfavorecidas.

Con el aumento de la proporción de mujeres infectadas con el VIH y los riesgos que la continuación de su embarazo supone tanto para ellas como para sus hijos, el nú-

mero de mujeres que trata de tener abortos es posible que aumente considerablemente. De momento no está claro qué efecto tendrá la legalización del aborto en la tasa global de fecundidad, aunque los trabajos de investigación en este aspecto indican que en los países donde el aborto es común, la fecundidad baja suele estar relacionada con una alta proporción combinada de aborto y uso de anticonceptivos (Rossouw y Du Plessis, 1999).

POLÍTICA E INTERVENCIONES

La política de población de Sudáfrica

La política de población de Sudáfrica que adoptó el gobierno democrático de 1994 se ha apartado de los métodos de planificación de la familia. Pone a la población dentro del modelo de desarrollo propugnado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. El propósito es integrar plenamente las cuestiones de población en todas las estrategias de desarrollo, planificación, adopción de decisiones y asignación de recursos, con el fin de atender a las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras.

Se concede atención especial a la situación de la mujer, en particular a la mujer africana y la de las zonas rurales, la salud genésica de las adolescentes y cuestiones relativas a la pobreza. Lo que se pretende es hacer frente a estos problemas de una manera integrada.

El objetivo principal de la política es, por tanto, asegurar que los factores de natalidad, mortalidad y migración se tomen en consideración en todas las actividades de planificación. Con arreglo a estas normas, se llevó a cabo una encuesta sobre la ejecución de la política en el año 2000. Los resultados de la encuesta indican que la mayor parte de los departamentos del gobierno apoyaban las estrategias propuestas en la política y que se ha producido un cambio en la planificación de políticas. Se ha elaborado un programa para reforzar el sistema de desarrollo de la población en el gobierno. El programa es fruto de la labor conjunta del Desarrollo Social, las Estadísticas de Sudáfrica, el Sistema de Información y Comunicaciones del Gobierno (GCIS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

El programa Flagship para mujeres y niños de menos de 5 años

El Departamento de Desarrollo Social está encargado de atender a las necesidades comunes de las mujeres y los niños. Para demostrar sus nuevas prioridades en materia de bienestar y desarrollo social se ha puesto en marcha un programa Flagship al que se ha dado el nombre de “Programas de desarrollo para mujeres desempleadas con hijos de menos de 5 años”. La idea es elaborar y apoyar programas de desarrollo que fomenten la capacidad de valerse por sí mismo. Los objetivos incluyen el fortalecimiento de la independencia económica y la potenciación de la mujer, y la prestación de servicios apropiados de educación para el desarrollo a los niños de 0 a 5 años. Se asignaron fondos para programas experimentales en cada una de las nueve provincias, en los que participaron 1.448 mujeres. En siete provincias se beneficiaron del programa 1.323 niños. El programa Flagship también ha facilitado el acceso a oportunidades de desarrollo en la primera infancia. Con arreglo al programa, se coloca a los niños en un centro de desarrollo del niño en la primera infancia o se capacita a algunas mujeres para que los cuiden en el lugar del proyecto.

Por tanto, el objetivo principal del Programa Flagship es la reducción de la pobreza mediante la facilitación a las mujeres de oportunidades de participar en actividades generadoras de ingreso. Los objetivos específicos son: promover la capacidad humana, asegurar la autosuficiencia y el bienestar de la población a la que está dirigido el programa, capacitar y apoyar a mujeres desempleadas y a sus hijos de menos de 5 años y brindar oportunidades económicas, de educación y de capacitación a las mujeres y a sus hijos, a fin de que puedan subvenir a las necesidades básicas de su familia y, de esta manera, poner fin al ciclo de vulnerabilidad y pobreza así como a su dependencia del Estado.

La salud genésica

La Iniciativa nacional de clínicas propicias a los adolescentes (NAFCI)

La NAFCI es un proyecto de 5 años que se inició en septiembre de 1999 y se espera que se haya completado en 2004. Está dirigido por la Unidad de investigaciones sobre la salud genésica de la Universidad de Witwatersrand, que está radicada en el Hospital Chris Hani/Baragwanath. El proyecto es un programa completo de acreditación de desempeño y mejora de la calidad de los servicios. Entre sus cometidos figuran los siguientes:

- Ampliar el acceso a los servicios de salud acogedores para la juventud, en particular los orientados a la prevención del VIH y el SIDA, y facilitar a los jóvenes información sobre salud genésica,
- Llevar a cabo análisis del VIH/SIDA y ofrecer asesoramiento, y
- Prestar servicios de atención y apoyo.

Como elemento integrante del Love Life, la NAFCI contribuirá al objetivo de Love Life de conseguir un cambio positivo de comportamiento de los jóvenes de Sudáfrica para reducir los embarazos en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

El objetivo principal es contribuir a hacer los servicios de atención de la salud más accesibles y aceptables a los adolescentes.

También se propone:

- Promover un planteamiento integral de las necesidades en materia de salud de los adolescentes por los proveedores de atención de la salud,
- Establecer normas nacionales para la atención de la salud de los adolescentes en clínicas de todo del país, y
- Promover un entorno clínico apropiado para la prestación de servicios de salud a los adolescentes.

La gestión del agua

Las experiencias de Sudáfrica y las lecciones aprendidas en la ejecución de políticas de población, medio ambiente y desarrollo han demostrado que las iniciativas que parten de la comunidad y reflejan las necesidades básicas de la población pueden ser decisivas en las comunidades pobres. En 1998, el Gobierno, junto con el FNUAP, la Asociación para la planificación de la familia de Sudáfrica y el programa Working for Water, puso en marcha un programa de salud genésica y ambiental basado en la comunidad, en dos distritos rurales del país. Una característica sobresaliente de este programa es la manifiesta vinculación de las intervenciones de población a un programa ambiental y de desarrollo, con efectos beneficiosos para las comunidades a través del abastecimiento de agua sin contaminar, la creación de empleo y la promoción de información y servicios de salud genésica, en particular VIH/SIDA. El proyecto, que se emprendió con miras a restaurar los caudales de agua originales a ríos y arroyos, generó numerosos trabajos, en particular para la mujer, y quedó vinculado a la prestación de servicios básicos de salud genésica basados en el proyecto.

La seguridad alimentaria

El Departamento de Salud inauguró el Programa integrado de nutrición en 1995 para prevenir y hacer frente a la malnutrición. Se establece un proceso de avalúo, análisis y acción (el ciclo de la triple A) para evaluar la situación, analizar las causas del problema y poner en práctica servicios e intervenciones destinados a resolver el problema. La combinación de servicios e intervenciones depende de los resultados de la evaluación y el análisis

así como de la disponibilidad de recursos. En general, suele combinar intervenciones directas e indirectas de nutrición e incluye la prestación de servicios y aspectos de cambio de comportamiento.

Algunos ejemplos de intervención directa en materia de nutrición incluyen la educación y promoción de la nutrición, adición de micronutrientes, fortificación de los alimentos y asesoramiento y apoyo en cuestiones de nutrición en relación con enfermedades concretas. Las intervenciones indirectas podrían incluir el control de parásitos, la adopción de medidas para mejorar el acceso a los alimentos, la prestación de servicios de atención de la salud y el abastecimiento de agua potable.

El Departamento de Salud actúa, en el plano nacional, a través de una Dirección General de Nutrición y, en el plano provincial, a través de nueve subdirecciones o divisiones. También existen estructuras regionales, comunitarias y de distrito para administrar el Programa integrado de nutrición, que cuentan con el apoyo de comités y equipos especiales.

Para reducir de manera eficaz la malnutrición es importante colaborar con sectores del Departamento de Salud y otros departamentos. El Programa integrado de nutrición coopera con una serie de sectores que incluyen los Departamentos de Educación, Agricultura, Bienestar Social y Obras Públicas; universidades e institutos técnicos, centros de investigación, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, comités de proyectos comunitarios, asociaciones profesionales, organizaciones de consumidores, la industria y organismos internacionales.

El Plan integrado de niños afectados e infectados por el SIDA

El Plan integrado de niños afectados e infectados por el SIDA es un proyecto conjunto de los Departamentos de Salud, Desarrollo Social, Educación y Agricultura. Su misión es intervenir en situaciones relacionadas con el VIH/SIDA. El programa consta de cuatro componentes, a saber:

- Preparación para la vida activa
- Atención y apoyo en el hogar basados en la comunidad
- Asesoramiento y análisis voluntarios
- Divulgación en la comunidad

Aunque el programa está dirigido expresamente sólo a los niños, en realidad se ocupa de los sectores más vulnerables de la sociedad, es decir las mujeres, los niños y los ancianos. La preparación para la vida activa se concentra en la educación sexual de los jóvenes escolarizados y no escolarizados.

La Comisión Nacional de la Juventud

El programa está dirigido a lograr la participación de los jóvenes en la reconstrucción y el desarrollo de nuestro país. Se vale de los servicios de los jóvenes para educar a otros jóvenes de manera que estén conscientes de los peligros de las relaciones sexuales sin protección. Un programa complementario, los Young Positive Living Ambassadors, para combatir el VIH/SIDA, también utiliza los servicios de los jóvenes para alertar a otros jóvenes de los peligros de las relaciones sexuales sin protección, en particular del VIH/SIDA.

CONCLUSIÓN

La experiencia de Sudáfrica en la transición de la fecundidad no ha tenido paralelo en África subsahariana ni, tal vez, en el mundo. La fecundidad ha descendido considerablemente durante la era del apartheid a una tasa global de 2,9, que no tiene precedentes en el resto de África. La transición hacia el cierre de la brecha entre las aspiraciones de fecundidad baja y el tamaño pequeño de la familia completa ha ido mucho más lejos en Sudáfrica que en el resto de África subsahariana. No obstante, esto se produjo en medio de una

gran agitación social, en particular entre la población africana, el empobrecimiento de millones de personas, una gran proporción de las cuales eran mujeres africanas y sus hijos, flagrantes desigualdades y la inhabilitación de la mujer.

Hemos tratado de explicar las razones de este espectacular descenso de la fecundidad, que tuvo lugar pese a la pobreza generalizada y el bajo nivel de desarrollo observados en los cuatro grupos raciales. Hemos examinado la alta fecundidad no matrimonial en Sudáfrica y el elevado uso de anticonceptivos, para comprender mejor la singular manifestación del descenso de la fecundidad en condiciones de baja situación de la mujer y abyecta pobreza. Encontramos pruebas de que diversos factores se conjugaron para dar lugar a la situación en que la mujer tenía que hacerse cargo prácticamente por sí sola de la crianza de los hijos, sin tener acceso a recursos productivos. Su respuesta fue controlar su fecundidad, no como resultado de aspiraciones de una mejor educación, adelanto profesional o estilo de vida acomodado, sino como medio de supervivencia. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres marginadas de Sudáfrica eran sistemáticamente desatendidos y conculcados debido al desmoronamiento total de la vida familiar ocasionado por el control del acceso a determinadas zonas y el sistema de bantustanes, por una parte, y a su baja situación y falta de desarrollo, por la otra. No obstante, aceptaron la anticoncepción como medio de ejercer algún control sobre su propio cuerpo.

La diferencia básica entre las pautas de fecundidad en Sudáfrica y el resto de África subsahariana no se debe a una diferencia de valoración; a la fecundidad todavía se le da un gran valor en Sudáfrica. Fue, más bien, la denegación del acceso a la tierra y el colapso total del estilo de vida tradicional, tanto social como económicamente, lo que hizo que las mujeres sudafricanas vieran en el control de la fecundidad una solución lógica a su situación.

No obstante, la elevada proporción de embarazos no deseados y en la adolescencia así como la gran necesidad no atendida de anticoncepción siguen siendo motivos de gran inquietud. Esto indica claramente que las mujeres, en particular las africanas y las de color, todavía no tienen control sobre sus propias decisiones en materia de procreación y siguen experimentando un trauma emocional con respecto a la fecundidad. Estas mujeres carecen asimismo de oportunidades de desarrollo que les permitan potenciarse para poder ejercer pleno control de su vida reproductiva, como propugnaba la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, de 1994. El VIH/SIDA y sus secuelas reducirán definitivamente la tasa de fecundidad en el futuro próximo y todavía no está claro cuál será su efecto total.

Mientras persistan la pobreza, las desigualdades raciales y de género y la fragmentación de la sociedad, no podremos enorgullecernos como sudafricanos de nuestros grandes adelantos en la reducción de la fecundidad. Mientras las mujeres sudafricanas no gocen de libertad para controlar su propio cuerpo dentro de una relación con su marido o pareja en la que encuentren apoyo, los problemas de población relativos a la fecundidad seguirán siendo un importante motivo de preocupación.

Se debe conceder atención especial al establecimiento de programas de potenciación de adolescentes y mujeres africanas vulnerables de las zonas rurales, a fin de que puedan hacer sus propias decisiones en materia de procreación. La negativa masculina a aceptar responsabilidad por los hijos, que se ha señalado como uno de los factores decisivos de la necesidad de las mujeres africanas de controlar su fecundidad, tiene importantes repercusiones en los programas y servicios de salud genésica. Entre las intervenciones esenciales que es preciso llevar a cabo se pueden citar la mejora de la situación de la mujer a través de la educación y el empleo, la introducción de cambios radicales en las estructuras sociales que influyen en la autonomía de la mujer y la erradicación de la pobreza.

Es la opinión del autor que la fecundidad seguirá descendiendo en las poblaciones africana, asiática y de color y que alcanzará el nivel de reemplazo para 2020-2025. No obstante, con el efecto futuro del VIH/SIDA en nuestro crecimiento de población, la fecundidad de reemplazo podría obtenerse incluso mucho antes de la fecha prevista.

BIBLIOGRAFÍA

- Chimere-Dan, O (1993). Population Policy in South Africa. *Studies in Family Planning*, No. 24, págs. 31 a 39.
- Chimere-Dan, O (1999). Marriage and the Fertility Transition in South Africa, Documento presentado en la Tercera Conferencia Africana de Población: La población africana en el siglo XXI. Durban, 6 a 10 de diciembre de 1999.
- Departamento de Bienestar Social (1998). *Population for South Africa*. Pretoria: Government Printers.
- Du Plessis, G. E. Reproductive choice and motivation in South Africa. *South African Journal of Demography* (Pretoria), vol. 6, No. 1, págs. 33 a 48.
- Encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica (EDSS) Equipo del proyecto (1999). *South Africa in transition: selected findings from the South African Demographic and Health Survey, 1998*. Pretoria: Government Printers.
- Mencarini, L. (1999). An analysis of fertility and infant mortality in South Africa based on 1993 LSDS data. Documento presentado en la Tercera Conferencia Africana de Población: La población africana en el siglo XXI. Durban, 6 a 10 de diciembre de 1999.
- Naciones Unidas (1995). *World Population Prospects 1994*. Nueva York.
- Preston-White, E., M. Zondi, G. Mavundla y H. Gumede (1990). Teenage pregnancy, whose problem? Realities and prospects for action in Kwazulu-Natal. *South African Medical Journal* (Johannesburgo), vol. 77, No. 3, págs. 11 a 20.
- Rossouw, J. P. H., y Du Plessis, G.E. (1994). Unwanted fertility, contraception and induced abortion in South Africa (Pretoria), vol. 4, No. 1, págs. 12 a 28.

De las perspectivas de un descenso permanente de la fecundidad en Asia meridional

Alaka Malwade Basu*

En los trabajos de investigación sobre demografía, la semántica del descenso de la fecundidad ha dado lugar a una confusión interesante. La causa de esta confusión hay que buscarla, sobre todo, en la tendencia a usar indistintamente los términos “descenso mundial de la fecundidad” y “convergencia mundial de la fecundidad”. Pero los dos no expresan, de ninguna manera, el mismo concepto. Si bien es cierto que ahora parece que todo el mundo está atravesando un proceso de descenso de la fecundidad, ello no permite deducir que todo el mundo esté abocado exactamente a la misma fecundidad final ni que todas las sociedades hayan alcanzado o vayan a alcanzar una fecundidad baja por los mismos medios. Existe suficiente variación, incluso dentro de los mismos países que se encuentran actualmente en la etapa de “postransición”, para rebatir esta conclusión.

Dos conclusiones empíricas han contribuido probablemente a esta confusión entre “descenso mundial” y “convergencia mundial”. En primer lugar, existen ahora pruebas suficientes de que fuera de los círculos académicos nadie ha oído hablar de algo llamado “fecundidad de nivel de reemplazo” y, por tanto, no lo toman en consideración al planear su fecundidad en el ámbito de la familia. En un país tras otro del mundo industrializado, la fecundidad se ha desplomado muy por debajo de la marca del reemplazo y ha dado al traste con gran parte de la planificación basada en las proyecciones de población formuladas en el pasado. Los responsables de las proyecciones de población del pasado están siendo ahora objeto de críticas acerbas por haber tratado la fecundidad de reemplazo como una especie de fin sacrosanto de la transición de la fecundidad. Ahora, la opinión general es que la tasa global de fecundidad mágica de alrededor de 2,1 es poco más que un cómodo recurso analítico. Con este reconocimiento, las proyecciones de población de los últimos tiempos se han atrevido a postular hipótesis de fecundidad final que harían reír a los agoreros de las catástrofes demográficas del siglo pasado.

Tras haber desechado la lógica de la fecundidad de reemplazo como punto final verosímil de la transición de fecundidad en el mundo desarrollado, se llegó, lógicamente, a la conclusión de que tampoco había nada de sacrosanto en este punto final para el mundo en desarrollo. Esta intuición ha sido reforzada por la segunda conclusión empírica de los últimos años. Esta conclusión es que el proceso del descenso de la fecundidad tiene una explicación mucho más satisfactoria en las teorías de la difusión (que son básicamente, teorías de comportamiento por imitación) que en las teorías formuladas en torno a factores estructurales que afectan los costos y beneficios de los hijos. La gran variedad de condiciones en medio de las cuales ha empezado a descender la fecundidad en todo el mundo en desarrollo y los factores conexos más poderosos de dicho descenso: la educación, la exposición a los medios de comunicaciones, la exposición a las *ideologías* (en vez de a los accesorios materiales) de la modernización constituyen un poderoso indicio de que el impulso de controlar la fecundidad y tener menos hijos que los propios padres obedece, sobre todo, al deseo de hacer lo que hacen los demás.

* Centro de Estudios de Población y Desarrollo de Harvard, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos de América.

Pero ¿significan, acaso, las teorías de difusión del descenso de la fecundidad y la incongruencia del concepto de fecundidad de reemplazo que los niveles estables de fecundidad a los que se llegue finalmente serán similares en todo el mundo? ¿No tienen las circunstancias estructurales y culturales de las distintas sociedades ningún poder para decidir los detalles más sutiles del cambio de la fecundidad? Por mi parte, creo que así puede ser finalmente, si “finalmente” se entiende como algo bastante prolongado; pero que en el lapso relativamente breve de unos pocos decenios, incluso de cinco decenios, tal vez la variación geográfica y cultural moderará el movimiento hacia la convergencia mundial.

El escepticismo que ha suscitado la convergencia mundial está respaldado por las que todavía siguen siendo importantes diferencias de fecundidad que se observan en el mundo desarrollado. Incluso si todos esos países tienen ahora una fecundidad por debajo del de reemplazo, muestran una variedad de niveles dentro de esa fecundidad; la descendencia completa de la cohorte de nacimientos de 1960 fluctuó entre 2,10 en Francia en 1994 a 1,65 en Alemania en 1992 y en Italia en 1996 (Bongaarts, 2001). Una diferencia de medio nacimiento no es pequeña, dados los bajos niveles de base en los que se produce.

El escepticismo con respecto a las perspectivas de una convergencia mundial también está apoyado por la gran diversidad de medidas de los determinantes próximos de la fecundidad en el mundo desarrollado. Las variaciones en las modalidades de nupcialidad, el uso de anticonceptivos y el aborto son suficientemente generalizadas para sugerir, aun cuando sólo sea tenuemente, que la similitud final de niveles de fecundidad pudiera ser una coincidencia. Esta conclusión sería, sin duda, exagerada (habida cuenta de que las ideas sobre el tamaño final de la familia son importantes determinantes del tamaño final de la familia), pero no totalmente errónea.

En el presente documento deseo aprovechar las lecciones que se desprenden de esa variación en los determinantes próximos para examinar algunas de las formas verosímiles¹ en las que la futura fecundidad de Asia meridional pudiera no descender a niveles tan bajos como los que se observan actualmente en muchas partes del mundo desarrollado. Como ya he indicado anteriormente, lo que me interesa es el futuro a plazo bastante corto; al final de este siglo puede muy bien suceder que todos habitemos en un mundo en el que no sólo se coman hamburguesas y se beba coca cola, sino en el que también todos los grupos se casen exactamente en la misma proporción, usen el mismo tipo de anticoncepción y deseen tener exactamente el mismo número de hijos.

En las secciones siguientes examino dos de los determinantes próximos de la fecundidad: el celibato y la infecundidad dentro y fuera del matrimonio. La estructura de los determinantes próximos solía ser el instrumento estándar para el estudio de la fecundidad en los años 70 y 80, pero con el tiempo, nuestro interés en esos determinantes se ha ido limitando hasta concentrarse casi exclusivamente en el uso de los anticonceptivos, por suponer que es la principal variable capaz de explicar las diferencias de fecundidad. Pero deseo proponer aquí que alguna noción modificada de “fecundidad natural” puede seguir siendo parte importante de la explicación de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo que se observa en muchas sociedades en la actualidad. Y por último, en una sección muy breve, me aventuro a especular sobre el estancamiento actual de los descensos de la fecundidad en algunas partes de Asia meridional.

EL CELIBATO

Los intentos de explicar el descenso de la fecundidad en los países en desarrollo tratan normalmente de separar el efecto del aumento de la edad al contraer matrimonio y la reducción de la fecundidad de los matrimonios. Se han publicado numerosos estudios que tratan de explicar cómo un retraso de la edad al contraer matrimonio puede conducir al descenso tanto de la fecundidad natural (porque reduce el período de exposición al riesgo de concebir) como de la fecundidad volitiva (porque el aplazamiento del matrimonio lleva consigo una serie de elementos que reducen la demanda de hijos).

¹ Es importante indicar explícitamente la palabra “verosímil” —dada la forma en que los acontecimientos imprevistos se están convirtiendo cada vez más en características determinantes del mundo en los últimos tiempos—, bien pudiera ser que todos los pronósticos del comportamiento futuro no merezcan otra cosa que ser descartados.

Pero la experiencia de los países desarrollados indica que, por lo que respecta al matrimonio, lo que a fin de cuentas puede tener más efecto en las tasas globales de fecundidad no es tanto el matrimonio tardío como el *celibato*. El aplazamiento del matrimonio debería simplemente, en igualdad de circunstancias, atrasar la edad media de la maternidad y cambiar las tasas de fecundidad del período².

Pero en muchas partes del mundo con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, y en particular en los países en los que el descenso de la tasa global de fecundidad ha sido inusualmente pronunciado incluso para las normas de subreemplazo (como Italia y España), el aumento del celibato es un factor importante de estas bajas tasas globales de fecundidad. Es decir, no es tanto que la fecundidad de los matrimonios ha descendido a niveles sin precedentes como el hecho de que menos mujeres están contribuyendo a esas tasas, porque un gran número de ellas no se está casando. La elevada proporción de célibes es, por supuesto, importante en el descenso observado de fecundidad, en particular en las sociedades en las que se desaprueba la procreación fuera del matrimonio, en países como España e Italia. De hecho, los datos indican que, incluso la cohabitación fuera del matrimonio (y no sólo la procreación fuera del matrimonio) es rara en los países mediterráneos (y en Japón) por razones que son en parte económicas y en parte culturales.

Como ilustración, valgan algunas de las cifras citadas en una reunión anterior de la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1999) en la que se discutieron las perspectivas de fecundidad de los países con fecundidad por debajo del de reemplazo. Tanto las tendencias como los niveles absolutos de celibato en muchos de esos países son sorprendentes. Por ejemplo, en Alemania, más del 90% de las cohortes de nacimiento de los decenios de 1930 y 1940 se casaron al menos una vez; esa cifra se espera que baje entre un 70% y un 80% en la cohorte de 1960 (Dorbritz y Hohn 1999). En España, al menos un 80% de las mujeres nacidas en el decenio de 1940 y antes se casaron alguna vez, comparado con alrededor del 68% de la cohorte de nacimiento de 1961 (Frejka y Ross, 2001). En el Japón, la proporción de mujeres de 30 a 34 años que nunca se ha casado ha aumentado del 7,2 en 1970 al 19,7 en 1995 (Kaneko, 1999).

No obstante, también sigue habiendo grandes variaciones en las tasas de celibato en el mundo desarrollado. Tenemos el fenómeno de cerca del 8% de las mujeres de 45 años en adelante, en Noruega y Suecia, que nunca se había casado en 1997, frente al 11% en Italia y España y sólo un 5% en los Estados Unidos (Naciones Unidas, 1997). Actualmente, las cohortes más jóvenes harán aumentar esas cifras. El efecto de estas diferencias en la tasa global de fecundidad se magnifica o reduce por sus diferencias en la fecundidad extramatrimonial, de manera que los Estados Unidos todavía siguen planeando en torno al reemplazo (lo mismo que Noruega y Suecia, pero en dirección opuesta, es decir, un poco por debajo del de reemplazo), mientras que España y el Japón tienen una tasa de fecundidad de cerca de 1,4.

Al final del presente documento examino algunas de las razones de estas tendencias. Aquí es suficiente señalar que (cuando falta la procreación prematrimonial) es fácil ver cómo se puede producir la fecundidad de subreemplazo, pese al escaso cambio en la tasa de fecundidad de los matrimonios y la fecundidad deseada.

¿Qué lecciones se pueden extraer con respecto a Asia meridional de estas tasas de celibato? La variación en esta medida en el mundo con fecundidad baja indica que existen pocos motivos para esperar que el celibato también llegue a ser un fenómeno común en todas las partes del mundo en desarrollo. Incluso en Asia meridional ¿se puede prever un “apartamiento del matrimonio” similar (Becker, 1981)? Si esto ocurriera, conduciría a un descenso de la tasa global de fecundidad más rápido de lo que se ha previsto simplemente sobre la base de los cambios en la fecundidad de los matrimonios.

Dados el principio general de que cualquier clase de pronóstico de tendencias sociales es una empresa arriesgada y el gran entusiasmo que despierta todo lo “occidental” en muchas partes del mundo en desarrollo (por lo que a nadie le debe extrañar que las teorías de la difusión se hayan hecho tan populares en los últimos años), una conjetura educada sobre este tema puede ser muy equivocada, pero aun así merece la pena hacerla. Y me atrevo a decir que una proporción considerable de celibato todavía está a una gran distancia en

² Pero, por supuesto, en el mundo no se da la “igualdad de circunstancias”. El aplazamiento del matrimonio se relaciona, en la mayor parte del mundo en desarrollo, con el deseo de una fecundidad más baja (Jejeebhoy, 1994); esto no es lo que nos interesa aquí, lo que nos interesa aquí es el aplazamiento del matrimonio como factor de la reducción de los nacimientos de primero y segundo orden.

el futuro de Asia meridional. En primer lugar, no existe una tradición de celibato en esta parte del mundo, a diferencia de Europa occidental, por ejemplo, donde el que una cierta proporción de mujeres permanezcan solteras toda su vida es una característica esperada y aceptada por la sociedad (Hajnal, 1965). En los países de Asia meridional (así como en China, dicho sea de paso) siempre se ha dicho en broma que no existe impedimento al matrimonio, ni físico ni económico; cualesquiera que sean las desventajas de una mujer, siempre se le puede encontrar un partido “apropiado”. Y las cuestiones puramente prácticas, como la escasez de vivienda o de empleo, tampoco han sido nunca obstáculo al matrimonio en Asia meridional.

No sólo no existe una tradición real de celibato digna de tenerse en cuenta, sino que en esta región ni siquiera se ven indicios de un comienzo de esta tendencia. En las últimas rondas de la encuesta demográfica y de salud y la encuesta nacional sobre salud de la familia, tan sólo el 1,4% de las mujeres de 30 a 49 años de edad en la India, en el período de 1998 a 1999, “no se habían casado nunca”, y en el Pakistán, la proporción de mujeres de 35 a 39 años que no se había casado nunca era, de 1990 a 1991, de tan sólo el 2%. Es difícil ver cómo estas cifras tan bajas podrían indicar algún tipo de “tendencia” a un aumento de las tasas de celibato.

LA INFECUNDIDAD VOLUNTARIA

También es verdad que el celibato no impide necesariamente a las mujeres tener hijos. La fecundidad prematrimonial no es un fenómeno desconocido en las sociedades en las que predominan las tasas altas y en alza de celibato. Pero, *a*) la fecundidad no matrimonial rara vez alcanza la proporción de la fecundidad de los matrimonios, incluso en las sociedades más industrializadas, y *b*) la fecundidad prematrimonial es extremadamente baja en los países con las tasas globales de fecundidad más bajas. Por ejemplo, los alumbramientos antes del matrimonio representan una proporción relativamente pequeña del total de los alumbramientos en los países con la fecundidad más baja del mundo industrializado (8% en Italia, en 1995 (Golini, 1999) y 13,7% en Alemania, en 1996 (Dorbritz y Hohn, 1999)). Estas cifras son altas comparadas con las de Francia y el Reino Unido, por ejemplo (entre el 32% y el 35% en 1995 (Golini, 1999)) y Suecia (52% en 1995 (Golini, 1999)), pero todavía considerablemente más altas que en un país de fecundidad muy baja, como el Japón (1,2% en 1995 (Kaneko, 1999)).

Es decir, la contribución de la fecundidad no matrimonial a la fecundidad total varía. Además, se podría justificar la adición de niveles y tendencias de infecundidad *en general* (bien sea voluntaria o involuntaria; debida a la proscripción de la cohabitación o el embarazo antes del matrimonio; o resultante de un aplazamiento excesivamente prolongado del intento de empezar a tener hijos, o del deseo de infecundidad en el matrimonio) para pronosticar la fecundidad futura en otras partes del mundo. En cualquier caso, desde el punto de vista analítico, suele ser preferible considerar la infecundidad en general, no por estado civil. El estado civil es tan fluido y cambia con tanta frecuencia con el comportamiento reproductivo, que es difícil separar realmente la fecundidad en el matrimonio y fuera del matrimonio.

Las tendencias de infecundidad en el mundo desarrollado son sorprendentes. Por ejemplo, en Alemania occidental, mientras el 10% de la cohorte de nacimiento de 1940 no tenía hijos, esta cifra aumentó al 23% en la cohorte de 1960 (Dorbritz y Hohn, 1999). En el Japón, dada la ausencia virtual de toda fecundidad prematrimonial, la proporción de mujeres que no tiene hijos es al menos tan alta como la alta proporción de mujeres que nunca se ha casado presentada en la última sección. En Italia, el 18% de la cohorte de 1963 permaneció sin hijos (Golini, 1999). En Noruega, entre las mujeres de 35 años en adelante, la proporción de infecundidad aumentó del 11,6% en la cohorte de nacimiento de 1950 al 16,5% en la de 1963 (Lappagard, 2000). Por otra parte, países como los Estados Unidos, en los que la fecundidad se acerca más al reemplazo, la infecundidad es también menos común y probablemente está en descenso.

Una de las formas de verificar la contribución de la infecundidad a la tasa global de fecundidad sería examinar la distribución de la tasa global de fecundidad de los distintos países al llegar a la fecundidad de reemplazo. Si el paso al reemplazo está impulsado principalmente por la extinción de los nacimientos de orden más alto, las consecuencias a largo plazo podrán ser distintas de las que tendría si ese paso se debiera a la existencia de una proporción considerable de infecundidad. Es decir, si la tendencia a largo plazo es hacia una homogeneidad de las tasas de fecundidad, el nivel de estabilización será distinto del que se observaría si la tendencia fuera hacia una separación de las poblaciones en grupos con fecundidad radicalmente distinta unos de otros (muchos sin hijos y muchos con dos o más alumbramientos).

Si bien es verdad que la mayor parte del descenso de la fecundidad que tuvo lugar en el período posterior a la transición se debe a la reducción de los nacimientos de orden más alto, también parece, a juzgar por los datos de Europa y el Japón, que una considerable y sostenida fecundidad global por debajo del de reemplazo requiere una importante proporción de infecundidad. Esta infecundidad es posible si el matrimonio tiene que aplazarse indefinidamente por una serie de motivos económicos o sociales y la maternidad antes del matrimonio no es aceptable (como en Italia o España, por ejemplo), pero también es posible cuando existe una tendencia creciente hacia la infecundidad total *en* el matrimonio.

Todas las pruebas indican que una vez que se prescinde de la infecundidad, las tasas globales de fecundidad de alrededor de 2 seguirán siendo ocurrencia común; es decir, que la mayoría de las mujeres que tienen un hijo tendrán un segundo hijo; incluso en las sociedades con fecundidad por debajo del de reemplazo, es la proporción de los nacimientos de tercer orden la que ha seguido cayendo continuamente. Por ejemplo, en Noruega, hasta un 80% de las mujeres que tenían un primer hijo tuvieron un segundo hijo (Ronson, 2001). De manera análoga, la actual tasa global de fecundidad de 1,77 de Australia es el resultado del 22% de las mujeres que permanecen sin hijos, el 15% que tienen un sólo hijo, el 35% que tienen 2 hijos, el 20% que tienen 3 hijos y el 7% que tienen 4 ó más hijos (Caldwell y Caldwell, 1999). Estas mujeres que no tienen hijos son una importante causa de la baja fecundidad de Australia y si no fuera por ellas, la tasa global de fecundidad del país se habría acercado más al 2,2%, según mis cálculos aproximados.

Ya he expresado mi escepticismo respecto a las perspectivas inmediatas de que surja una proporción importante de celibato en Asia meridional. Pero ¿qué se puede decir en cuanto a las perspectivas inmediatas de una proporción considerable de infecundidad en el matrimonio en esa región? La cuestión se puede plantear en los términos siguientes: ¿Cómo es más probable que se logre una determinada tasa global de fecundidad en los países de Asia meridional? ¿Una tasa global de fecundidad de dos supondrá, o supone, con más frecuencia, que existe escasa variación en torno a esa media, o es más probable que sea el resultado de vastas diferencias de regímenes reproductivos entre los distintos subgrupos de población?

¿Nos puede servir el ejemplo de Australia de guía del futuro comportamiento del mundo en desarrollo? ¿Puede la infecundidad llegar a ser un fenómeno común en cualquier subgrupo de la población? Antes de aventurar conjeturas en torno a esa cuestión convendría tratar de comprender los motivos de la infecundidad en el mundo industrializado. ¿Es ésta una situación voluntaria o, como sugieren Caldwell y Caldwell (2000), el resultado de aplazar la llegada de los hijos hasta que es demasiado tarde? Si es esto último, es verosímil que en el mundo en desarrollo (que ha demostrado, en general, ser un aprendiz aventajado una vez que decide imitar la experiencia del país desarrollado —el mejor ejemplo de esto es, por supuesto, la relativa rapidez del descenso de la mortalidad en las dos regiones— las mujeres adoptarán una actitud más pragmática en lo que se refiere a combinar el trabajo y la maternidad. De esta manera, no sólo habrá menos mujeres sin hijos que en la actualidad en Australia, sino que también habrá una diferencia menor entre la fecundidad del período y la fecundidad de la cohorte del tipo contra la que nos pusieron en guardia Bongaarts y Feeney (1998). De hecho, la fecundidad misma puede acabar por aumentar, ya que este efecto no deseado del aplazamiento de la llegada de los hijos es más claramente previsible.

Si la infecundidad representa una decisión deliberada (como también es posible en un mundo cada vez más consciente de lo que se pudiera llamar un mundo inhóspito para los niños; es decir, las mujeres pueden optar por no procrear con tanta frecuencia, por el bien de sus hijos o por su propia comodidad), será preciso hacer alguna conjetura razonada sobre el aumento de la infecundidad voluntaria en el mundo en desarrollo. Nuestra conjetura, basada en los imperativos culturales de la mayor parte de los países de la región más desarrollada, es que la infecundidad voluntaria es poco probable que llegue a ser una característica propia de ningún subgrupo importante del mundo en desarrollo de hoy, al menos en los próximos decenios. Es, ciertamente, poco probable que sea una característica importante del descenso de la fecundidad en Asia meridional. Si bien el cambio ideológico que acompaña al paso de la fecundidad alta a la fecundidad baja es, con frecuencia, compatible con las normas reinantes de vida familiar y de una vida bien vivida en general, el cambio cultural y normativo que requiere el paso de desear pocos hijos a no desear ninguno es demasiado radical para que se pueda esperar de manera realista que surja de las trayectorias actuales de desarrollo, educación y modernización. Carecemos de la clase de datos sobre Asia meridional que existen en el mundo desarrollado a través de conjuntos como las encuestas de valores mundiales. Pero, de manera intuitiva, las conclusiones sobre la sensibilidad posmoderna derivadas de esas encuestas no parece que se pudieran aplicar al mundo en desarrollo de Asia meridional en el futuro próximo (véase por ejemplo, Van de Kaa, 2001).

Estas conclusiones también están apoyadas por la baja proporción de infecundidad voluntaria en los países de fecundidad baja de Asia. Por ejemplo, en el Japón, aun cuando la maternidad es más tardía que en los Estados Unidos, la proporción de infecundidad es mucho más baja que en este país (Morgan, Rindfuss y Parnell, 1989). De manera similar, incluso en la China urbana, que representa a la región con la fecundidad más baja de todo el país, esta fecundidad baja se ha conseguido gracias a una mayor homogeneidad de la población —prácticamente “todo el mundo” se casa y prácticamente “todo el mundo” tiene un primer hijo. La fecundidad baja no se debe a que algunas familias no tengan hijos y otras tengan dos o más (Zhao, 2001). El matrimonio se puede aplazar, pero todavía no se ha renunciado a él, y una vez que se ha contraído, conduce automáticamente al nacimiento de un primer hijo —a comienzos del decenio de 1990, alrededor del 98% de las mujeres de menos de 30 años de edad “se habían casado alguna vez” y el 97% de ellas pasaban a tener su primer hijo.

Esta pauta asiática de no infecundidad tiene también su correspondencia en los países de fecundidad intermedia de Asia meridional. En la ronda de 1998-1999 de la encuesta nacional sobre salud de la familia de la India, sólo un 2,9% de las mujeres entonces casadas, de 35 a 39 años de edad, no habían tenido hijos, lo que indica nada más que infecundidad involuntaria. La cifra correspondiente en 1990-1991 era el 2,7% en el Pakistán y el 1,3% en Bangladesh, el 1,2% en Nepal en 1996, el 4,2% en Sri Lanka en 1987. Los escasos estudios de que se dispone sobre infecundidad en esta región revelan que se han realizado intentos heroicos para superarla cuando ocurre (véase, por ejemplo, Unisa, 1999).

Al extrapolar la experiencia del mundo desarrollado para pronosticar tendencias de la fecundidad en el mundo en desarrollo, es necesario desagregar las tasas globales de fecundidad de los países contemporáneos con fecundidad baja antes de extraer lección alguna. En la clase especial de desagregación que acabamos de mencionar, la lección pudiera muy bien ser que estamos siendo injustificadamente optimistas en nuestro pronóstico sobre las tendencias futuras de la fecundidad en el mundo en desarrollo e injustificadamente pesimistas respecto a las perspectivas de que la fecundidad se mantenga tan por debajo del de reemplazo en muchas partes del mundo desarrollado. Si la infecundidad representa una proporción tan importante de esta fecundidad de subreemplazo y disminuye gradualmente, también disminuirá la fecundidad de subreemplazo. La convergencia que surge entonces puede muy bien llevarnos de nuevo a la situación que suponían las proyecciones de población iniciales: ¡a un deseo y una consecución universales de la fecundidad de reemplazo!

LA “RAPIDEZ” DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD

Cabe señalar que, incluso si el descenso de la fecundidad ha sido suave y lineal en los países desarrollados y en los países en desarrollo que han iniciado una transición de la fecundidad, no tiene que seguir siendo suave todo el tiempo hasta alcanzar el nivel por debajo del de reemplazo o incluso el de reemplazo. Una vez más, no sabemos bastante de las hipótesis que deben servir de base a nuestras proyecciones de población. Aceptamos que se tiene que producir un descenso de la tasas globales de fecundidad de alrededor del 10% para que este descenso sea irreversible y continuo, pero no reconocemos explícitamente que el descenso continuo pueda sufrir una o dos interrupciones más antes de llegar al reemplazo. Este “núcleo resistente” de fecundidad, cuya superación requiere más tiempo y esfuerzo, tal vez tenga que ser incorporado en las proyecciones de fecundidad en otras formas distintas del método actual de postular tres resultados finales de fecundidad. No se llega a captar suficientemente con sólo tener en cuenta la “rapidez” del descenso. Sospecho que, incluso si dos poblaciones alcanzan la fecundidad de reemplazo al mismo tiempo, sus tamaños totales respectivos serán distintos si una alcanzó esta fecundidad por una caída lineal, mientras que la otra interrumpió el descenso a medio camino y se quedó estancada varios años en este punto medio antes de desplomarse para alcanzar la tasa global de fecundidad de su vecina. Que el tamaño de esta segunda población acabe siendo más pequeño o más grande que el de la primera dependerá del punto de la transición en que se detuvo para darse un descanso.

Esta distinción reviste especial importancia en el caso de los países que tienen un núcleo de fecundidad deseada por encima del reemplazo. La India es buen ejemplo. Existen algunos indicios de que, si bien los entrevistados en la encuesta de la India están perfectamente dispuestos a no tener de 4 a 5 hijos en vista del descenso de la mortalidad infantil y la mayor disponibilidad de servicios anticonceptivos, no están dispuestos a mantener esta actitud indefinidamente. En particular, no están dispuestos a renunciar a tener un hijo (y mejor aún, a 2 hijos), que ven como esencial para su salvación económica, espiritual y social. Por tanto, la fecundidad puede muy bien quedar estancada a una tasa global de cerca de 3 durante algunos años, antes de que la educación y la modernización necesarias para cambiar esta ideología de procreación puedan surtir efecto. El reciente estancamiento del descenso de la fecundidad en Bangladesh (y tal vez también en la India) indica, ciertamente, que ésta no es una idea descabellada.

¿Qué recomendaciones se pueden hacer sobre las hipótesis de fecundidad que deben servir de base a proyecciones más realistas? ¿Se deben tener en cuenta más puntos finales desagregados? ¿O más velocidades de descenso? En particular, se puede justificar el tratar a los rezagados como casos distintos en otros aspectos además del momento del inicio y la velocidad del descenso. No sólo existe un núcleo resistente al descenso de la fecundidad en algunas poblaciones, sino que, una vez que estas poblaciones resistentes entran en la transición de la fecundidad, al principio pueden estar dispuestas a ir hasta cierto punto y no pasar de ahí. Es preciso considerar métodos de incorporar ese “período de descanso” en las proyecciones de población.

DISCUSIÓN

Este documento íntegro corre el grave riesgo de convertirse en una plataforma de los “valores de Asia meridional”. Éste no es, ciertamente, su propósito, en particular, si esta plataforma significa que los valores de Asia meridional en lo que a comportamiento demográfico se refiere son algo que merezca celebrarse. Si acaso, gran parte de lo que es peculiar de Asia meridional en los regímenes demográficos que pudieran últimamente caracterizar a esta región, puede muy bien ser lo que conduzca a la conformidad con la experiencia universal en cuanto a fecundidad de reemplazo. Por ejemplo, en el presente documento se sugiere que las pautas de Asia meridional de patriarcado y desigualdad de género y las normas culturales sobre la necesidad de la función de esposa y madre de la mujer, pueden conducir a la estabilización de la fecundidad al nivel de reemplazo o ligeramente por encima de él. Pero también soy consciente de que estos mismos factores pueden ser los que promuevan

la fecundidad de subreemplazo; excepto que esta fecundidad de subreemplazo no será estrictamente análoga a la fecundidad de reemplazo del mundo industrializado. Puede, en cambio, ser una fecundidad de subreemplazo que se logre gracias a la tecnología médica que permita satisfacer las demandas del régimen patriarcal de Asia meridional. Es decir, que los descensos de fecundidad pueden muy bien ser rápidos y sin tropiezos y acercarse a los niveles occidentales, porque estas técnicas toman debidamente en cuenta las preferencias de Asia meridional al permitir el nacimiento de una preponderancia de hijos varones.

BIBLIOGRAFÍA

- Becker, G. (1981). *A Treatise on the Family*, Cambridge: Harvard University Press.
- Bongaarts, J. (2001). The end of the fertility transition in the developed world. Nueva York. Consejo de Población, documento de trabajo No. 152.
- Bongaarts, J., y G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*.
- Caldwell, J. C., y B. K. Caldwell (1999). Is fertility in developing countries likely to fall and stay below long-term replacement level? Precedents and mechanisms in developed and developing countries. Documento de antecedentes preparado para el Panel on Population Projections del Consejo Nacional de Investigación.
- Caldwell, J. C. (2001). The globalization of fertility behavior. *Population and Development Review*, suplemento al vol. 27.
- Dorbritz, J., y C. Hohn (1999). The future of the family and future fertility trends in Germany. Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Edición especial, No. 40/41 (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.99.XIII.13).
- Frejka, T., y J. Ross (2001). Paths to sub-replacement fertility: The empirical evidence. *Population and Development Review*, suplemento al vol. 27.
- Golini, A. (1999). Levels and trends in fertility in Italy: Are they desirable or sustainable? Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Edición especial, Nos. 40/41 (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.99.XIII.13).
- Hajnal, J. (1965). European marriage patterns in perspective. En *Population in History*, D. V. Glass y D. E. Eversley, comps. Londres: Arnold.
- Jejeebhoy, S. (1995). *Women's Education, Autonomy, And Reproductive Behaviour: Experience From Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.
- Kaneko, R. (1999). Below replacement fertility in Japan: Trends, determinants and prospects. Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Edición especial, Nos. 40/41 (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.99.XIII.13).
- Morgan, S. P. (1996). Characteristic features of modern American fertility: A description of late twentieth century United States fertility trends and differentials. *Population and Development Review*.
- Naciones Unidas (1999). Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Edición especial, Nos. 40/41 (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta E.99.XIII.13).
- Rindfuss, Ronald R., y Allan M. Parnell (1989). The varying connection between marital status and childbearing in the United States. *Population and Development Review*.
- Rønsen, M. (2001). Fertility and family policy in Norway: Is there a connection? Actas del Seminario de la UIECP sobre International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies, París. UIECP.
- Unisa, S. (1999). Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment seeking and consequences, *Reproductive Health Matters*, vol. 7.
- Van de Kaa, K. (2001). Postmodern fertility preferences: From changing value orientation to new behavior. *Population and Development Review*, suplemento al vol. 27.
- Zhao, Z. (2001). Low fertility in Urban China. Actas del Seminario de la UIECP sobre International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies, París. UIECP.